

När alla barn är välkomna

Nordisk konferens om prevention av
oönskade graviditeter och om sexuell och
reproduktiv hälsa.

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-86885-07-6
Artikelnr 2011-4-8

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2011

Förord

Konferensen *När alla barn är välkomna*, genomfördes i Stockholm i november 2010. Konferensen genomfördes i samverkan av Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet utifrån ett uppdrag från Socialdepartementet.

Genom att samla erfarenheter från Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige ville departementet fördjupa kunskapen om hur man kan arbeta med att minska förekomsten av oönskade graviditeter. Konferensen hade fokus på hur de olika länderna strukturerar sitt arbete, vilka inslag arbetet innehåller samt vilka resultat man uppnår. Denna konferensrapport visar på såväl likheter som skillnader mellan de olika länderna. Den pekar också ut områden där det finns anledning att ytterligare gå vidare och studera vilka lärdomar man kan dra för den fortsatta utformningen av förebyggande arbete mot såväl oönskade graviditeter som mot annan sexuell ohälsa. Sådana lärdomar handlar både om hur man kan och bör organisera detta arbete och om vilka metoder som är lämpliga att utveckla vidare.

Rapporten vänder sig därför såväl till beslutsfattare inom området som till personer som arbetar praktiskt på olika nivåer. Slutsatser från konferensen överlämnas också våren 2011 till Socialdepartementet i en särskild skrivelse.

Anders Tegnell
Avdelningschef
Kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Inledning</i>	7
<i>Öppningsanförande</i>	8
<i>Strukturella förutsättningar i de nordiska länderna</i>	9
<i>Att arbeta för sexuell hälsa – utmaningar och innehåll</i>	18
<i>Den oönskade graviditeten – En betraktelse utifrån olika sociala faktorer och grupper</i>	25
<i>Seminarier</i>	32
<i>Reproduktiv hälsa i Finland och Sverige</i>	33
<i>Prevention och risktagande ur ett genusperspektiv – ungdomars inställning till oönskad graviditet, abort, sexuellt överförbara infektioner och preventivmedel</i>	35
<i>Riskfyllda möten – en studie om unga människors upplevelser av sexuellt överförbara infektioner och sexuellt risktagande</i>	37
<i>Kommunikationsvägar i preventionsarbete</i>	39
<i>Abortsökande kvinnor och preventiv-medel</i>	42
<i>Tonåringars oplanerade graviditeter och preventivmedelsanvändning – slutsatser från en doktorsavhandling</i>	44
<i>Försöksprojekt med gratis hormonella preventivmedel till kvinnor i åldrarna 20–24 år</i>	47
<i>CHOICE – rådgivning kan hjälpa kvinnor att välja preventivmetod</i>	49
<i>Hemabort – när, var, hur och vem?</i>	51
<i>Primärprevention i skolan – Historisk och aktuell situation. Påverkan på kunskap, attityd och beteende</i>	53
<i>Kondomsamtal i skolan</i>	55
<i>Riktade insatser i preventivt arbete</i>	57
<i>Förebyggande arbete mot oönskade graviditeter</i>	59
<i>Att möta unga människor – Betydelsen av profession, utformningen av mottagningen och tillgänglighet</i>	61
<i>Nationella policyprogram – vad betyder de i praktiken?</i>	64
<i>Kulturella perspektiv på sexualupplysning</i>	68
<i>Ett historiskt perspektiv på kön och familjeliv i Norden</i>	71
<i>Gör förebyggande arbete nytta? Exemplet klamydia i Sverige</i>	74

<i>Framtidsperspektiv på förebyggande arbete inom SRHR-området</i>	78
<i>Sammanfattning av konferensen</i>	85
<i>Referenser</i>	90
<i>Bilaga 1</i>	92

Inledning

Bakgrund

Den här rapporten presenterar konferensen När alla barn är välkomna som hölls i Stockholm den 25 och 26 november 2010. Bakgrunden till konferensen var en utredning om arbete för att förebygga oönskade graviditeter som presenterades av Anders Milton. Utredningen visar klart att det finns stora skillnader i resultatet av det förebyggande arbetet mellan de nordiska länderna och att skillnaderna ofta är till Sveriges nackdel. Regeringen ville därför få till stånd en konferens för att utbyta kunskaper och erfarenheter bland experter på området, för att vidare effektivisera det preventiva arbetet av oönskade graviditeter i Sverige. Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra konferensen, i samverkan med Hivprevention och sexuell hälsa på Smittskyddsinstitutet.

Målgrupp och syfte

Konferensen samlade deltagare från Sverige, Norge, Finland, Danmark och Island. Regeringen önskade, genom en samnordisk konferens, på ett konkret sätt belysa de strategier som varit framgångsrika i våra grannländer. Sexualitet, och därmed sexuell hälsa och ohälsa, är socialt konstruerad och olika samhällen är därmed svåra att jämföra. De nordiska länderna har emellertid en så likartad kultur, samhällsskick och lagstiftning att det finns anledning att jämföra det förebyggande arbetet. Det finns också stora möjligheter att genomföra de goda exempel som kan komma ur en sådan jämförelse.

Syftet med konferensen var att skapa underlag för att utveckla och förbättra arbetet i Sverige. Man vände sig därför till de viktiga aktörerna såsom personal inom det förebyggande arbetet i hälso- och sjukvård och skola, folkhälsoplanerare, ideella organisationer samt forskare och andra experter.

Arrangörer

Konferensen arrangerades av enheten för kunskapstillämpning på Socialstyrelsen och enheten för hivprevention och sexuell hälsa på Smittskyddsinstitutet. Projektledare har varit Monica Idestrom, Smittskyddsinstitutet. I arbetsgruppen har också Katrin Ekström från Socialstyrelsen samt Margareta Forsberg från Smittskyddsinstitutet ingått. Styrgruppen har bestått av Viveca Urwitz från Smittskyddsinstitutet och Elisabet Svedberg från Socialstyrelsen.

Öppningsanförande

Av socialminister Göran Hägglund

För de allra flesta är konstaterad graviditet något positivt. Så skulle vi önska att det var för alla. Och det borde vara målet – visionen – för vårt arbete.

Samhället har ett ansvar för barnen och deras väl: att alla barn har sociala, ekonomiska och faktiskt känslomässiga förutsättningar. Det handlar om allting från mödra- och barnhälsovård till föräldraförsäkring och förskola. Det är verksamheter som ansvarar för att barnen ska ha en trygg och god uppväxt.

Vi har en lagstiftning som gör att det finns möjlighet till abort. Statistiken visar på att aborterna ökar. Men visionen, målet, måste vara att ingen ska känna sig tvingad till abort på grund av omständigheter som går att påverka. Samhällets stöd måste alltid vara tillräckligt för beslutet om att välkomna ett barn inte ska avgöras av yttre faktorer.

Beslutsfattare måste våga reflektera över frågor om varför samhället ser ut så här i dag och vad vi kan göra åt det. Regeringen aviserade under förra mandatperioden att man ville lyfta upp frågan om förebyggande av oönskade graviditeter. Den här konferensen är ett steg på den vägen.

Visionen borde vara ett samhälle där aborter inte efterfrågas. Samhällets uppgift måste vara att genom förebyggande arbete minska oönskade graviditeter. Samhället måste också erbjuda bästa möjliga stöd för att inte praktiska, ekonomiska eller sociala svårigheter ska utgöra hinder för att fullfölja graviditeten.

Vi får inte glömma det förebyggande arbetet. Politiker och profession måste fundera på hur vi kan uppmuntra föräldrar att prata med sina barn om de svåra frågorna. Vi behöver även tänka vidare för att utveckla skolans sex- och samlevnadsundervisning. Hur får vi killar och män att ta ett större ansvar för sin sexualitet och de möjliga konsekvenserna när det gäller graviditet och sexuellt överförbara sjukdomar?

Tillsammans med kommun- och landstingspolitiker ska vi tänka kring hur ungdomsmottagningarna ska kunna bidra till att öka kunskapen hos ungdomarna – och hur denna kunskap ska komma till praktisk användning.

Strukturella förutsättningar i de nordiska länderna

Ett panelsamtal om vad organisation, subventioner och lagstiftning kan betyda för det förebyggande arbetet

Moderator:

Åsa Regnér, generalsekreterare RFSU

Paneldeltagare:

Danmark: Niels Sandø, Sundhedsstyrelsen, Danmark

Finland: Minna Nikula, THL, Institutet för hälsa och välfärd, Finland

Island: Soley Bender, Islands universitet

Norge: Ulla Ollendorff, Helsedirektoratet, Norge

Sverige: Kristina Gemzell Danielsson, Karolinska Institutet, Sverige

”Jag drömmer om en tid då alla barn är välkomna, alla män och kvinnor jämlika och sexualiteten ett uttryck för innerlighet, njutning och ömhet.”

RFSU:s grundare Elise Ottesen Jensen,
Citerad av moderatorn Åsa Regnér.

Sammanfattning av panelsamtalet

Moderatorn Åsa Regnér presenterade de mest uppenbara likheterna och skillnaderna i förutsättningar och resultat mellan de nordiska länderna. Detta diskuterades inledningsvis av nationella experter i ett panelsamtal. Därefter följde en genomgång av det förebyggande arbetets förutsättningar och innehåll samt skillnader i attityder och beteende mellan unga människor i Norden och vissa andra länder. Avslutningsvis bad moderatorn samtliga deltagare om ett budskap till de svenska politikerna – en faktor att lyfta fram som särskilt viktig för området sexuell och reproduktiv hälsa.

Det förebyggande arbetet har gett olika resultat

Statistik för de olika ländernas aborttal (se bilaga 1) visar att länderna för ca tio år sedan låg lika i sina kurvor men att Sverige i dag står för högst antal aborter inom båda åldersintervallen (15–19 år och 20–24 år) och Finland för lägst antal. Trenden för antal barn som föds av unga mammor är generellt nedåtgående, men högst antal har Island och lägst antal har Sverige och Danmark. Användningen av p-piller är högst i Danmark medan Sverige är bland de länder som har lägst användning. Trenden är fortsatt nedåtgående. Förekomsten av klamydia är högst på Island och lägst i Finland. Kondomanvändningen är högst i Finland, näst högst i Sverige och lägst i Danmark.

Abortlagstiftningen varierar inom Norden

De nuvarande abortlagstiftningarna i samtliga nordiska länder är liberala jämfört med många andra länder. I Finland infördes abortlagen år 1970, i Danmark år 1973, i Sverige och Island år 1975 och i Norge år 1978. Ländernas lagstiftning avseende aborter skiljer sig dock något från varandra. I Danmark, Norge och Sverige beviljas abort på kvinnans egen begäran. I Danmark och Norge kan kvinnan själv begära abort till den 12:e graviditetsveckan och i Sverige till den 18:e graviditetsveckan. För abort i senare skede krävs speciella omständigheter och myndighetstillstånd. På Island och i Finland krävs det enligt lag alltid att kvinnan ska söka tillstånd för att kunna genomgå abort. Före den 12:e graviditetsveckan kan aborten beviljas av läkare.

Vissa nordiska länder saknar övergripande handlingsplan

Policyprogram eller handlingsplaner rörande sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) eller förebyggande arbete mot oönskade graviditeter finns i Finland, Norge och Danmark. Sverige har en strategi och handlingsplan för hiv och sexuellt överförda infektioner (STI) men inte för samlat SRHR-arbete eller för att förebygga oönskade graviditeter.

Viktigt skilja på aborter och oönskade graviditeter

Moderatorn poängterade att det är viktigt att skilja på aborter och oönskade graviditeter. Fokus bör ligga på att förebygga oönskade graviditeter, att människor känner att de har möjlighet och rätt att förebygga oönskade graviditeter och ta makten över sina liv. Likaså förefaller det viktigt att det förebyggande arbetet tar sin utgångspunkt i den sexuella hälsan snarare än ohälsan.

Finland

SRHR-arbetet i Finland presenterades av Minna Nikula från Institutet för hälsa och välfärd.

Grunden till det förebyggande arbetet lades på 70-talet

Minna Nikula förklarade att man i Finland ofta refererar till 1970-talet, när abortlagen trädde i kraft, då man diskuterar viktiga faktorer som bidragit till Finlands låga aborttal. En synkroniserad familjeplaneringsservice etablerades och familjeplaneringsservice för unga organiserades under skolhälsovården. Detta för att kunna nå alla. Statistiken över aborttalen är resultatet av ett centralstyrt system. Den framtida utvecklingen av abortstatistiken kan komma att påverkas av att hälsosektorn gått igenom en reform de senaste 10 åren. Kommunerna har nu mera självbestämmanderätt.

Skolan är främsta arenan för information till ungdomar

Samtidigt som abortlagen infördes introducerade man sexualundervisning i skolan. Minna Nikula menade att kvaliteten på sexualundervisningen i Finland kan diskuteras men det viktiga var att sexualundervisningen initierades och permanentades i skolan.

Skolan är den främsta arenan för arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och är en bra plats för information och upplysning till ungdomar. Kondomkampanjer har främst genomförts av frivilligorganisationer och inte av staten. Utdelning av gratis kondomer varierar beroende på kommun och skola, men utöver det så finns inga subventioner på preventivmedel i Finland.

Orsakerna till den höga kondomanvändningen bör undersökas

Finlands höga kondomanvändning kan inte förklaras med att det ses som manligt med kondom eller att det skulle vara enklare för finska killar att använda. Vi vet inte varför finländare använder kondom i större utsträckning än andra. Detta bör undersökas, menar Minna Nikula.

Sverige

SRHR-arbetet i Sverige presenterades av Kristina Gemzell Danielsson från Karolinska institutet.

Uteblivna politiska satsningar och försämrad undervisning har lett till högt aborttal

Kristina Gemzell Danielsson inledde med att konstatera att ”Sverige har det antal aborter som Sverige behöver ha” och att abortlagen inte säger någonting om antalet aborter. Hon menade i stället att problemet är att Sverige har ett högt antal oönskade graviditeter. Tidigare har Sverige varit en god förebild bland annat genom att vara först i världen med sexualundervisning. Frånvaro av politiska satsningar, en sammanhållen politik kring frågorna och försämrad sexualundervisning har dock bidragit till att Sverige i dag har högst aborttal i Västeuropa.

Det finns en skepsis mot hormonanvändning i Sverige

En låg användning av effektiva preventivmedel är en faktor som förklarar det höga aborttalet. Det är viktigt att inte bara fokusera på användandet av p-piller då det finns många andra bra och effektiva preventivmedel. Spiral används exempelvis i mycket större utsträckning i både Norge och Finland än i Sverige. I Danmark har användningen av hormonspiral ökat, medan det i Sverige finns en skepsis mot hormonanvändning. Debatten kring hormonella preparat har gjort att kvinnor tvekar inför att använda p-piller. Att avstå från p-piller ses i dag ofta som ett uttryck för att man som kvinna bestämmer över sin kropp. Detta står i motsatsställning, till synen på p-piller, då de introducerades på 1960-talet. P-piller sågs då som en symbol för kvinnors frigörelse och gjorde det möjligt att separera sexualitet från reproduktion. P-pillret uppfattades då långt ifrån som en börda.

Dålig kunskapsgrund förstärker myter kring p-piller

Kristina Gemzell Danielsson menade att p-piller skapar fantastiska möjligheter och ser det som problematiskt att vissa kvinnor i dag inte ser dessa möjligheter, utan snarare uppfattar p-piller som ett medel för kontroll av kvinnor än som ett medel för frigörelse. Hon menade vidare att en dålig kunskapsgrund, beroende på bristande sexualundervisning skapar och förstärker myter kring p-piller. Värderingarna kring risk och nytta ser helt annorlunda ut i Sverige jämfört med Danmark. I Danmark finns en mer positiv inställning till p-piller och det är detta Sverige också måste sträva efter, ansåg Kristina Gemzell Danielsson. De hälsorisker som kan orsakas av p-piller måste också utvärderas noga och utvärderingar måste kombineras med en förbättrad diagnostik.

Medvetenheten måste höjas hos allmänhet och medier

Det finns grupperingar, i Sverige men framför allt internationellt, som är emot abort och familjeplanering och som använder sofistikerade metoder, bland annat för att skrämmas och för att överdriva risker med p-piller. För att rätt kunna värdera information krävs kunskap och medvetenhet hos allmänheten men framför allt inom berörda yrkeskåror och inom medierna. Det är svårt att nå ut med kunskap kring nya preventivmedel då det är förbjudet med direktreklam i Sverige vilket ställer höga krav på rådgivningen och medicinsk kunnighet på ungdomsmottagningar.

Organiserat samarbete mellan barnmorskor och läkare behövs

Sverige var först med att ge barnmorskor förskrivningsrätt för p-piller, vilket ledde till färre tonårsgraviditeter och färre aborter under 1970-talet. Dagens problem är att många barnmorskor ofta saknar stöd från läkare, samtidigt som preventivmedelsrådgivningen har blivit en större utmaning på grund av utbredd rädsla för biverkningar och nya metoder. Det behövs ett organiserat teamarbete mellan barnmorskor och läkare för att ändra på detta och det behövs fler läkare med intresse för preventivmedelsfrågor. Rådgivningen måste bli bättre på risk–nyttavärdering.

Kondom bästa skyddet mot infektioner, men inte det effektivaste preventivmedlet

Olyckligtvis har det förebyggande arbetet i Sverige till viss del varit uppdelat mellan prevention av sexuellt överförda infektioner (STI) och skydd mot graviditeter. Kondom är bästa skyddet mot infektioner men inte det mest effektiva preventivmedlet. WHO är tydliga med att kondom ska kompletteras med ett effektivare preventivmedel, men detta budskap har inte nått ut till svenska ungdomar. Kristina Gemzell Danielsson nämnde Holland som ett föregångsland för lyckad prevention då många där använder ett effektivt preventivmedel redan vid sitt första samlag. Kondom används i Holland för att ge ytterligare skydd mot graviditeter och behöver inte förknippas med att man inte litar på sin sexpartner gällande STI.

Danmark

SRHR-arbetet i Danmark presenterades av Niels Sandø från Sundhedsstyrelsen.

Hög p-pilleranvändning och positiv syn på p-piller

Danmark har varit förskonat från en negativ debatt kring faror med p-piller. Det har funnits en diskussion om att p-piller bland annat orsakar blodproppar, men generellt är synen på p-piller positiv och danskarna väljer att se till fördelarna, exempelvis minskade blödningar. Danmark har en hög användning av p-piller trots att det inte finns några subventioner. P-piller är det billigaste preventivmedlet i Danmark men priset tycks inte generellt vara avgörande för valet av preventivmedel utan valet verkar i större utsträckning bero på tillgängligheten. Priset påverkar dock de yngsta. Ungdomar uppger att priset har betydelse för dem och många väljer att använda p-piller framför p-ring, som är dyrare. Danska ungdomar sexdebuterar i ung ålder men de använder ofta p-piller redan vid debuten. Den höga användningen av p-piller kan vara en förklaring till de låga abortsiffrorna.

Ingen sammanhållen politik för preventivmedelsområdet, inga riktade insatser till män

Trots att frågorna har uppmärksammats så har Danmark inte haft en sammanhållen politik eller policyprogram för området. Det finns en aborthandlingsplan men det är upp till kommunerna att verkställa den, och det är på kommunal nivå som problemen har funnits. Det finns inga riktade insatser till män i Danmark. Det finns en tydlig handlingsplan om skolans sexualundervisning samt läromål för eleverna, men det finns inga insatser som är specifikt riktade eller anpassade till killar.

Fördomar styr ungdomars bristfälliga riskbedömning

Antalet fall av klamydia har ökat i Danmark. Undersökningar visar att unga gör bristfälliga riskbedömningar kring tillfälliga sexuella partner om huruvida kondom behövs eller inte. Det finns förutfattade meningar och paralleller som dras mellan en persons utseende och risken för att den personen är bärare av könssjukdomar. Nervositeten kring sexualiteten gör också att frågan om kondom användning blir svårare.

Norge

SRHR-arbetet i Norge presenterades av Ulla Ollendorff från Helsedirektoratet.

Norge satsar på lättillgängliga preventivmedel av olika slag

I dag finns nationellt fastställda subventioner för de flesta preventivmedel i Norge. Landet har haft som policy att kunskap som främjar den sexuella hälsan ska vara lättillgänglig och detta har varit ett nyckelord i det förebyggande arbetet. Det ska vara lätt att gå till ungdomsmottagningar överallt i landet och skolpersonalen måste ha god kompetens i ämnet. En norsk undersökning har visat att den viktigaste orsaken till låg kondomanvändning har varit dålig tillgänglighet till kondomer. För att förbättra läget satsar nu staten medel på gratis utdelning av kondomer och möjligheter att anonymt kunna beställa kondomer på Internet. Skolan är den plats där Helsedirektoratet har haft svårast att påverka men nu finns tydligt fokus på skolan och skolhälsovården är en betydande länk i detta.

Gratis p-piller sänkte aborttalen

Norge har haft policyprogram och handlingsplaner sedan 1991, men det går inte att säga hur betydelsefullt detta har varit för aborttalen. Aborttalen sänktes med nästan 40 procent då Norge under en femårsperiod införde gratis p-piller för flickor 16–19 år. När subventioneringen sedan drogs tillbaka ökade antalet aborter igen.

Andra preventivmedel måste uppmärksammas, exempelvis spiral

Eftersom många tröttnar på p-piller, även internationellt, måste andra preventivmedel uppmärksammas. Det finns andra, bättre, preventivmetoder som är enklare att använda och också används i ökande utsträckning. Vid en undersökning i Norge, där kvinnor fick välja preventivmedel fritt, valde de det som upplevdes som det säkraste, tryggaste och enklaste alternativet: spiral, hormonspiral eller implantat. Spiral är även ett preventivmedel som WHO förespråkar och det är viktigt att motarbeta de myter som finns kring spiral.

Island

SRHR-arbetet på Island presenterades av Soley Bender från Islands universitet.

Samhällets insatser viktiga för ungdomars sexuella hälsa

SRHR-frågorna måste ses i ett helhetsperspektiv då ungdomsgraviditeter är ett komplext ämne. Det krävs olika infallsvinklar i form av kompetens från olika överskridande kunskapsområden. En utgångspunkt för att detta ska fungera är att samhället ses som en helhet och att det är viktigt att identifiera vad samhället gör för att förbättra den sexuella hälsan för ungdomar.

Island behöver en handlingsplan för prevention

Island har satt upp två mål inom SRHR-området: ett som handlar om att halvera antalet oönskade graviditeter bland unga och ett med syfte att reducera klamydiaincidensen i hela befolkningen. Abortlagen som Island införde år 1975 diskuterar prevention som en viktig åtgärd men trots att bra konkreta metoder finns så har de inte implementerats. Soley Bender menade att det krävs en handlingsplan för att kunna strukturera upp genomförandet av förebyggande arbete samt ett tydligare samarbete. Skolan och dess sexualundervisning är grundläggande i det preventiva arbetet. Inom skolan måste olika metoder användas för att klargöra vilka som är effektiva och de metoder som är bra måste tas tillvara.

Det finns bara två ungdomsmottagningar

År 1999 öppnades den första ungdomsmottagningen på Island med öppettider en dag i veckan. Nästan alla ungdomsmottagningar har stängts med huvudanledningen att läkarna inte fick tillräckligt med ersättning för sitt arbete. Islands universitetssjukhus tillsammans med en STI-klinik i Reykjavik, där 60 procent av invånarna bor, är de två mottagningar som är anpassade till ungdomar. Unga kan även vända sig till Familjehälsovården men den riktar sig inte specifikt till unga.

Inga subventionerade p-medel, men fokus på sexuell och reproduktiv hälsa

Enligt abortlagen från år 1997 ska Island eftersträva sänkta kostnader för preventivmedel men subventioner har ännu inte införts, trots påtryckningar på regeringen. En framgång är dock att isländska folkhälsoinstitutet har beslutat att sätta fokus på sexuell och reproduktiv hälsa. På grund av Islands relativt lilla befolkning på ca 300 000 invånare borde insatser och utbildning av lärare vara lättare att implementera, men det krävs handlingskraft och finansiering. Det är också viktigt att involvera och värdera ungdomar i arbetet. Soley Bender påpekade att hon inte påträffat några nordiska effektutvärderingar av de förebyggande program som implementerats i länderna.

Avslutning

Moderatorn Åsa Regnér ombad paneldeltagarna att kortfattat formulera ett budskap som de ville skicka med till de svenska politikerna. Samtliga deltagare understryker hur viktigt det är att politikerna avsätter pengar för området sexuell och reproduktiv hälsa. Deltagarna vill också att politikerna fokuserar på undervisning, subventioner, tillgänglighet och framför allt respekt.

Island: "Pengar!"

Danmark: Sexualundervisning, pengar, förebyggande arbete och interventioner samt att politiskt verka för bättre tillgänglighet.

Norge: Respekt för ungdomar så att ungdomar själva lär sig att få kontroll över sin egen sexualitet. Pengar, undervisning, god service och bra tillgänglighet är också nödvändigt.

Finland: Respekt för frågorna i termer av pengar. Det är också viktigt med beräkningar av kostnadseffektivitet i arbetet. Stötta de som är ute i fält och gör arbetet. Högre prioritet av sexuell och reproduktiv hälsa genom att sätta upp frågorna på den politiska agendan.

Sverige: Kunskap är kontroll och mer kunskap behövs. Förbättringar av sexualundervisningen är väldigt viktigt och satsningar behövs på kunskaps-spridning om effektiva preventivmedel. Subventioner bör breddas till flera preventivmetoder. Samordning och organisation av arbetet är betydelsefullt för att undvika parallellt arbete. Fler intresserade politiker och mer inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

Att arbeta för sexuell hälsa – utmaningar och innehåll

Viveca Urwitz

Enhetschef, enheten för hivprevention och sexuell hälsa, SMI

Sammanfattning

Vad är det som gör att unga människor blir oönskat gravida och får sexuellt överförda infektioner (STI) trots att de egentligen vet hur de ska skydda sig? En bidragande orsak är den personliga fabeln – ett slags historia som man berättar för sig själv om sig själv men som inte är sann. En sådan fabel kan vara att man inte är i riskzonen för sexuellt överförda infektioner. Viveca Urwitz betonar att de förebyggande insatserna mot oönskade graviditeter och mot STI inte är åtskiljbara. Det förebyggande arbetet måste i båda fallen utgå från sexualiteten.

Viveca Urwitz pekar vidare på att skrämselbudskap kring hiv och STI bör undvikas, att det är dialogen mellan människor som är viktigast, även på nätet – och att det är lättare att nå fram med sitt budskap genom att utgå ifrån människors intresse för sexualitet och sexualitetens positiva sidor. Den personal som ska arbeta med dessa frågor behöver kompetens som omfattar alla aspekter av den sexuella hälsan så att de kan hitta lämpliga ingångar i samtalet med de unga.

Inledning

Min uppgift är att presentera innehåll och utmaningar i förebyggande arbete. Jag utgår ifrån många olika källor och även från studier som vi genomfört under de senaste 4 åren vid Enheten för hivprevention och sexuell hälsa.¹ Dessa är framtagna bland annat för att utgöra underlag för Klamydiahandlingsplanen, en nationell handlingsplan med mål och indikatorer som pekar på de viktigaste förbättringsåtgärderna för att reducera klamydia, samt för en vägledning för det förebyggande arbetet med unga inom hälso- och sjukvården.

¹ Enheten för hiv-prevention och sexuell hälsa låg fram till 2010-06-30 vid Socialstyrelsen. Sedan 2010-07-01 är enheten placerad vid Smittskyddsinstitutet. Skrifter, framtagna vid enheten, som Viveca Urwitz refererar till, finns publicerade vid Socialstyrelsen. Dessa är: Att förebygga oönskade graviditeter (2008), Att förebygga hiv och STI bland ungdomar och unga vuxna. Kunskap och vägledning för hälso- och sjukvårdens och andra intresserade aktörer (2009), Nationell Handlingsplan för klamydiaprevention (2009) samt Ungdomars sexuella hälsa – internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete (2007).

Insatser mot oönskade graviditeter och mot STI inte åtskiljbara

Även om dessa dokument är skrivna med det primära syftet att förebygga sexuellt överförda infektioner (STI) så kan de förstås också användas i arbetet mot oönskade graviditeter. I praktiken är förebyggande insatser med dessa två mål inte åtskiljbara. För unga människor handlar det nämligen inte om önskad graviditet eller klamydia utan om sexuella handlingar som sedan kan få olika konsekvenser. Det är ur den medicinska behandlingens perspektiv som detta är olika saker. Därför måste det förebyggande arbetet mot både oönskade graviditeter och STI utgå från sexualiteten.

Studie av ungdomars kunskaper och beteenden kommer under 2011

Unga människor kan en hel del om sexualitet i dag. Tyvärr kommer denna konferens för tidigt för att jag ska kunna ge er exakta data om vad de unga i Sverige vet och inte vet. Men sådana data kommer snart. Enheten för hiv-prevention och sexuell hälsa har givit ett uppdrag till Göteborgs universitet som har genomfört den största samlade studien av kunskap, attityd och beteende i ungdomsgruppen. Studien, som kallas UngKAB, kommer att presenteras under 2011 och blir då ett ovärderligt kunskapsunderlag och också en baslinjestudie mot vilken vi kan mäta förändringar och förhoppningsvis förbättringar.

Den personliga fabeln och ungdomens allmaktkänsla

Vad är det som gör att unga människor blir önskat gravida och får STI trots att de egentligen vet hur de ska skydda sig och inte heller vill hamna i dessa problem? Det beror på att det inte är enkelt och har aldrig varit enkelt att hantera sexualiteten och därmed den sexuella hälsan. Svaret på denna fråga gavs redan av Jean Piaget och har utvecklats av den amerikanske psykologen David Elkind, som kallar detta "The personal fable".²

Ungdomsperioden kan delas upp i puberteten, som är den fysiska utvecklingen från barn till vuxen, och adolescensen som är den psykosociala utvecklingen. Det är i spänningen mellan dessa båda processer ungdomsperioden uppstår. I vårt samhälle är detta inte okomplicerat. Det finns många parallella livsstilar som alla förefaller legitima och många tänkbara vuxenidentiteter att anta. Man behöver både utbildning och arbete för att kunna ha ett vuxenliv. Könrollerna är otydliga. Förr skapade man en vuxen identitet genom att imitera sina nära äldre. I vårt samhälle skapar man sin egen identitet genom många fler pusselbitar. Sexualiteten ingår i detta identitetsskapande. Finns det någon som tycker om mig, duger jag, vem tycker jag om?

Otydliga normer gör behovet större av en "inre kompass" och det tar helt enkelt längre tid att bli vuxen. Denna utvecklingsprocess skapar en nödvändig, men likafullt överdriven, uppmärksamhet på den egna personen. Det är detta som är den personliga fabeln – en historia som man berättar för sig själv om sig själv men som inte är sann. Man tror att man själv är unik – att

² Elkind David: Nästan vuxen. Natur och Kultur 1991

det som gäller för andra inte gäller för en själv. Ungdomens allmaktkänsla kallas det ibland.

Identiteten erövrar genom goda samtal

Idén och känslan av att "det som gäller för andra gäller inte för mig", är stark i både positiv och negativ bemärkelse: "Det är bara jag som är så här ensam." "Det är bara jag som inte har en flickvän." Eller: "Andra kan inte hantera alkohol men jag kan." Positiv: "Jag kan klara av att hitta på nya saker som ingen har tänkt på!" Att bli vuxen handlar bland annat om att inse att det som gäller för andra i hög grad gäller även för mig. "Även jag måste ta mitt vuxna ansvar."

Att bearbeta allmaktkänslorna gör man genom att jämföra sina egna tankar, attityder, känslor och erfarenheter med andra som man har förtroende för eller kan identifiera sig med, till exempel i samtal. Ju mer identitetsnära en fråga är, ju mer bearbetning krävs. Man erövrar sin identitet. Detta kan ske genom goda samtal med någon som man kan identifiera sig med eller har förtroende för, säger en annan berömd socialpsykolog, Albert Bandura.³

Vi saknar ett meningsfullt språk för den egna sexualiteten

Men sexualitet är en tabubelagd fråga. Det betyder att man inte gärna pratar med andra om sin egen sexualitet. Även om vi kan prata om sex på ett generellt sätt krävs en extra ansats för att prata om den egna sexualiteten. Vi väljer noga dem vi i så fall pratar med. Även om det offentliga rummet är fullt av sexuella anspelningar och bilder saknas ofta ett eget, meningsfullt språk för att kommunicera om just den egna sexualiteten. Orden upplevs som vulgära eller kliniska. Därför sker inte den nödvändiga bearbetningen och vi får svårt att vara vuxet ansvarsfulla. Hur ska man till exempel säga: Jag vill att vi använder kondom? När ska man säga det? Är det innan man kommer till sängen eller mattan? Är det innan eller efter att ljuset släckts? Om man inte sagt det förut, hur säger man det då första gången?

Det som verkar enkelt i teorin blir faktiskt ganska besvärligt i praktiken. Därför låter vi saker bara hända. Utan kunskaper och meningsfulla begrepp kan vi helt enkelt inte hantera vår sexualitet. Detta gäller såväl unga människor som äldre. För att kunna förhandla om säkrare sex krävs alltså en hel del kognitiva färdigheter.

Det finns flera slutsatser att dra av detta resonemang:

- Negativa budskap och skrämselbudskap kring hiv och STI bör undvikas. Även om de flesta kan förstå dem intellektuellt kommer snabbt känslan: "Javisst, detta är verkligen något som man bör skydda sig mot. Tur att detta inte gäller mig."

³ Bandura A, Walters RH. Social learning and personal development. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1963

- hur många broschyrer vi än delar ut eller kampanjer vi gör på Facebook är det ändå dialogen mellan människor som betyder mest – även på nätet. Det krävs inslag av personlig kommunikation både i grupp och enskilt i det förebyggande arbetet mot hiv och STI. Människor måste lära sig att prata om den egna sexualiteten. Informationsinsatser och opinionsbildning behövs dock för att hålla frågan levande. Vi kan till exempel se att kunskapen om hiv sjunkit bland svenska ungdomar på grund av att frågan inte hållits levande genom att synas i det offentliga rummet.⁴
- Genom att utgå ifrån människors intresse för sexualitet och sexualitetens positiva sidor når man lättare de kunskaper och färdigheter som behövs för att kunna skydda sig. För de unga handlar det om sexualitet och relationer. Inte om graviditeter och STI. Det vill säga om sex och samlevnad.

Social effektivitet och val av samtalspartner

Även i det här fallet har Albert Banduras pedagogiska forskning visat vägen. Han pratar om *social effektivitet* som nyckeln för att kommunikation och samtal ska fungera. Många kunskapssammanställningar inom preventionen pekar på Albert Banduras *social learning theory* som en grund för framgångsrika interventioner. Vem som har social effektivitet kan vara olika för olika grupper och i olika samhällen. I Sverige vet vi att framför allt mamma och till exempel kompisars föräldrar och äldre syskon spelar en viktig roll, men även andra vuxna som ungdomsmottagningspersonal, skolsköterska och kanske en fritidsledare. Skolan har traditionellt haft stor betydelse som kunskapsförmedlare och både skolsköterskan och kuratorn som samtalspartner. Nu ser vi för första gången att Internet går om skolan som kunskapsförmedlare. Ungdomar pratar visserligen med sina kompisar, men egentligen har de inte så stort förtroende för att kompisarna skulle veta mer än vad de själva gör. Samtalen med kompisar är mer ett led i en bearbetning och social interaktion. Detta har bland annat beskrivits av på ett insiktsfullt sätt av Gisela Helmius.⁵ Hälso- och sjukvården, framförallt ungdomsmottagningar, STI- och preventivmedelsmottagningar har en unik roll eftersom de har en automatisk legitimitet att ta upp dessa frågor. Genom att utveckla sin samtalskompetens och kunskap om ungdomars livsvillkor kan man utveckla den nödvändiga sociala effektiviteten.

⁴ UNGASS Country Progress Report 2010 Regeringskansliet

⁵ Helmius Gisela: Mogen för sex. Avhandling. Uppsala Universitet 1990 ISBN 91-506-0794-

Social effektivitet i Sverige

rangordnat

	Tjejer	Killar
Bästa infokälla	UM skola	Skola Internet
Bästa samtals- partnern	Kompis Partner UM Mamma	Kompis Partner Internet Mamma

Källa : Ungdomsbarometern 2010



Vi styrs av normen i de grupper vi vill tillhöra

Vårt sexuella beteende styrs i hög grad av de föreställningar vi har om normer och värderingar. Vi beter oss i linje med hur vi uppfattar normer och värderingar i de sociala grupper vi tillhör eller vill tillhöra: familjen, kamratgruppen, idrottslaget, arbetsgruppen, föreningen osv. Av självklara skäl styrs det sexuella beteendet i hög grad av könsrollsmönster, förväntningar och könsspecifikt beteende. Studier visar hur stereotypa könsroller kan påverka hur vi använder vår kunskap. I undersökningen Hiv och aids i Sverige pekar Claes Herlitz på att unga kvinnor övertolkar stabiliteten i relationer som fasta, medan unga män undervärderar stabiliteten och tolkar den som tillfällig⁶. En stabil relation gör att man inte ska ha andra partner och därför inte behöver skydda sig lika mycket. Om en ung kvinna uppfattar en relation som stabil minskar sannolikheten för att hon kommer att kräva kondom.

Förebyggande arbete måste därför handla både om individens kunskap, attityd och beteende, men också om normer och värderingar i riskutsatta grupper. Ett sådant arbete kan ske i grupp och skolan är i detta sammanhang viktig. 500 internationella studier visar att skolan är den allra viktigaste breddaren för det förebyggande arbetet.

Arbetet måste utgå från de frågor som är viktigast för unga

Eftersom sexualitet är så personligt och tabubelagt väljer människor noga vem de vill prata med. De väljer människor som är "socialt effektiva". Dessa nyckelpersoner är de viktigaste i det förebyggande arbetet.

Allt som oftast är det samma personer som ska föra samtal om såväl önskad graviditet som om STI eller andra frågor om sexualitet och sexuell hälsa. Den personal som ska arbeta med dessa frågor behöver kompe-

⁶ Herlitz C, Hiv och aids i Sverige, 1987–2007. Stockholm: Socialstyrelsen;2008

tens som omfattar alla aspekter av den sexuella hälsan så att de kan hitta lämpliga ingångar i samtalet med de unga.

Det förebyggande arbetet måste bedrivas utifrån de frågor som har störst legitimitet hos de unga, för att sedan leda vidare. Vi vet att oönskad graviditet ofta uppfattas som ett större hälsohot än STI. Därför finns en benägenhet att i första hand skydda sig med p-piller medan konsekvenserna av en STI i vårt samhälle kan bli betydligt långvarigare än av en oönskad graviditet.

Skolan och ungdomsmottagningen är viktiga arenor

Internationella kunskapssammanställningar visar att skolan och ungdomsmottagningen är de viktigaste arenorna för att förebygga oönskade graviditeter såväl som STI bland unga om arbetet sker med god kvalitet. Vi vet också att detta behöver stödjas av informationsinsatser och arbete av andra offentliga aktörer och av frivilligorganisationer för att nå alla. Samma sak gäller förstås även annat arbete med den sexuella hälsan för andra riskutsatta grupper.

Det finns ett problem med att förebyggande arbete måste bedrivas på olika arenor där det inte är en huvuduppgift. Sex och samlevnadsarbete ses väl snarare som en biuppgift än en huvuduppgift i skolan. Oftast ses ju inte heller rådgivning som en huvuduppgift för hälso- och sjukvården. Många tycker det här med sexualitet är besvärligt att prata om.

Från individuella problem till samhällets ansvar

Varje samhälle behöver lyfta sina specifika frågor kring sexuell hälsa. Numera vet vi att det finns tvångsäktenskap och hedersproblematik i Sverige. Det diskuterades inte för 20 år sedan. Här spelar politiker, medier och ideella organisationer, men även EU och de internationella FN-organisationerna som UNFPA, WHO och UNAIDS, en stor roll för att lyfta frågor från att vara individuella problem till att bli samhällets ansvar.

En viktig förutsättning för förebyggande arbete är alltså ett tydligt ledarskap på alla nivåer och mekanismer för att integrera frågorna. Detta måste markeras i planer, upphandlingar och resursallokering. Forskningen visar detta tydligt.

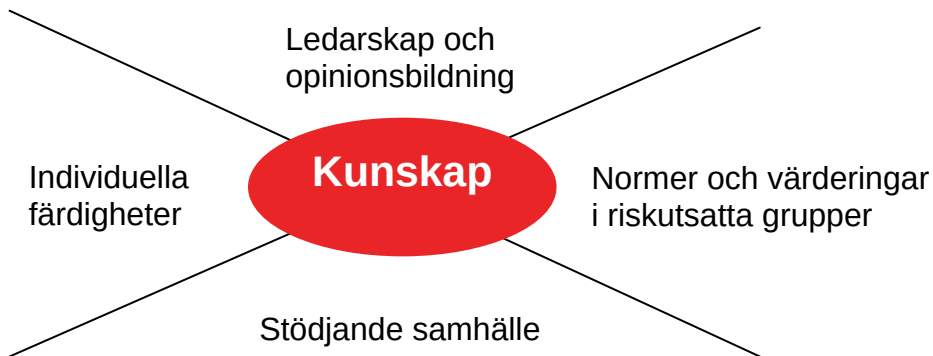
I ett stödjande samhälle finns en palett av insatser

Ett stödjande samhälle är ett samhälle som gör det möjligt för de unga att leva upp till intentioner om preventivmedelsanvändning och om hur de vill ha sina sexuella relationer. Lagar och regler, t.ex. om ungdomar ska kunna göra abort utan föräldrarnas vetskap, myndigheternas tillsyn eller brist på sådan när det gäller rådgivning, tillgång och pris på t.ex. kondomer och andra preventivmedel för unga – allt detta har betydelse.

Unga människor måste höras och vara med i utformningen av åtgärderna. Fokusgrupper och enkäter som följer upp åtgärderna, referensgrupper och mycket annat kan användas. Alla ungdomar har inte samma behov och det behövs en palett av insatser. Forskningen visar entydigt att detta är en av nycklarna till framgång.

Figuren visar de 5 viktiga komponenterna i det förebyggande arbetet. Om man ska lyckas måste alla finnas och samordnas.

Preventionens innehåll:



Avslutning

På den här konferensen kommer vi få höra hur de nordiska länderna försökt genomföra olika åtgärder inom dessa fem områden. Det ger oss goda möjligheter att jämföra och dra slutsatser. Något sådant har inte tidigare gjorts. Jag vill därför lyckönska oss alla som är här i dag – en bred representation av nyckelpersoner från olika arenor och med olika roller i den här modellen – till deltagandet i konferensen. Jag är övertygad om att den kommer att få stor betydelse för det förebyggande arbetet när det gäller ungas sexuella hälsa.

Den önskade graviditeten – En betraktelse utifrån olika sociala faktorer och grupper

Bente Træen

Professor, Tromsø Universitet

Sammanfattning

Föredraget bygger delvis på data från den så kallade Bayerstudien som omfattar 19 länder i Europa samt Turkiet och Kanada. Studien redovisar statistik kring p-pilleranvändning, kondomanvändning och aborter, exempelvis att 22 procent av alla europeiska kvinnor i fertil ålder har gjort minst en abort.

Att prata med ungdomar om sex kräver en aktiv reflektion kring den egna sexualiteten, på detta sätt skapas empati. Det krävs också en nyfikenhet kring sexualitet och sexuell mångfald. Det fordras vidare kunskap och kommunikationsförmåga, dock är egen erfarenhet viktigare för att skapa intimitet och därigenom trovärdighet. Att prata med ungdomar om sexualitet medför inte att ungdomar blir mer sexuellt aktiva än de annars skulle vara. Det som avgör detta är vad de unga anser vara det normala.

Tillgänglighet till gratis kondomer samt subventionering av hormonella preventivmedel är viktigare än informationskampanjer för den sexuella hälsan hos unga. Ungdomar har väldigt goda kunskaper om hur man bör skydda sig men behöver bättre rådgivning för att verkligen göra det.

Om Bayerstudien

Bayerstudien omfattar 19 länder i Europa samt Turkiet och Kanada, och omfattar 25 590 kvinnor i åldern 15/18–49 år. Bayer-studien är riktad så att den speglar den kvinnliga befolkningen i respektive land.

P-piller vanligaste preventivmedlet i Europa

Studien visar att 24 procent av kvinnorna mellan 18 och 49 år använder p-piller, vilket gör det till det vanligaste preventivmedlet i Europa. En i stort sett lika stor andel av kvinnorna, 23 procent, uppger kondomanvändning hos sin manlige partner som preventivmedel. Den mest utbredda användningen av p-piller finns i Frankrike och Portugal där 49 procent av kvinnorna använder sådana. Sverige och Norge har relativt låg användning av p-piller med 21 respektive 25 procent. Grekland redovisar den lägsta siffran i Europa: 4 procent.

Studien visar på kopplingen mellan p-piller och ålder för sexuell debut. Samtliga länder i Europa visar att ca ett år efter debuten börjar man använda P-piller.

Rädsla för biverkningar främsta skälet att undvika p-piller

Studien redovisar olika anledningar till varför man aldrig använt p-piller. I Sverige är det främst för att man är rädd att det orsakar blodproppar, andra biverkningar, problem eller hälsorisker. I Europa överlag är detta också den starkaste orsaken: kvinnor är oroliga för biverkningar. Ett annat skäl är att man inte tror att man skulle komma ihåg att ta pillret varje dag. Det finns också en oro för viktökning. Kvinnor i Norge undviker pillret på grund av rädsla för biverkningar samt uppfattningen att pillret innehåller hormoner och kemikalier som inte är naturliga.

Kondomanvändningen varierar stort mellan länderna

Användning av kondom är mest utbrett i Grekland, där 53 procent av kvinnorna rapporterar kondomanvändning. Motsvarande siffra i Ryssland och Spanien är 34 procent. Sverige och Norge är länder där kondomen används av 12 respektive 10 procent. Dessa siffror stämmer väl överens med andra sexualvanestudier som gjorts tidigare. I Bayerstudien uppgav 52 procent av kvinnor i Sverige att de använde kondom vid första samlaget, något lägre tal uppgavs i Norge och Europa. I Sverige uppgav 21 procent av kvinnorna att inga preventivmedel användes vid första samlaget, vilket överensstämde väl med Europa och Norge.

30 procent använder hormonell prevention – 23 procent använder inte preventivmedel

I Europa använder 30 procent av alla kvinnor någon form av hormonell prevention. Den högsta siffran, 63 procent, återfinns i Frankrike. I Sverige och Norge ligger siffran på 38 procent.

23 procent av alla kvinnor i fertil ålder i Europa svara att de inte använder preventivmedel. I Sverige ligger siffran på 28 procent av kvinnorna.

De flesta vet vad nödprevention är

Majoriteten av kvinnor, 71 procent, i Europa är medvetna om vad nödprevention, akut-p-piller, är och hur man får tag i detta. I Sverige respektive Norge ligger medvetenheten på 96 respektive 90 procent. I Sverige och Norge har drygt 20 procent använt sig av nödprevention medan motsvarande siffra i övriga Europa ligger på 15 procent.

22 procent har gjort abort

I Europa har 22 procent av alla kvinnor i fertil ålder gjort minst en abort. Ryssland har den största andelen kvinnor som har gjort abort, 40 procent. I Sverige och Norge ligger andelen på 21 respektive 28 procent.

Kondomanvändning och skillnader mellan Norden (Norge) och Kroatien

Kroatien ingår inte i Bayerstudien, men data därifrån har sammanställts i en annan studie. Det är intressant att titta på skillnader i sexualitet mellan män och kvinnor i Kroatien och Norge. Kroatien är ett mer patriarkalt samhälle än de nordiska länderna, vilket gör kvinnans sexualitet mer pressad.

Ålder för samlagsdebut i Norge och Kroatien

Hos unga i åldern 18–24 ligger åldern för samlagsdebut lägre hos män i Kroatien än hos norska män. Förhållandet är det omvända när det gäller de unga kvinnorna; unga kvinnor i Norge samlagsdebuterar tidigare än de kroatiska kvinnorna. Båda länderna visar att män oftast debuterar med en yngre kvinna och att kvinnor främst debuterar med en något äldre man. Fler män än kvinnor uppgav att anledningen var för att kvinnan ville ha samlag. Detta talar för att det är vanligast att det är kvinnorna som bestämmer om man ska ha samlag. De motiv som norrmän uppger till den sexuella debuten är nyfikenhet, kärlek och upphetsning.

Viktigt med sexualundervisning innan unga samlagsdebuterar

Det är viktigt att skolornas sexualundervisning kommer igång innan ungdomar har sitt första samlag. Då kan ungdomarna bättre motiveras att använda kondom. Kondomanvändning vid första och senaste samlaget var högre hos män och kvinnor i Kroatien jämfört med Norge. Däremot var det en betydligt större andel som använde hormonellt preventivmedel i Norge än i Kroatien. Skälen till att inte använda kondom vid första samlaget tycktes främst vara att man inte haft någon kondom tillgänglig, att man inte varit beredd på samlag eller att man inte varit orolig för könssjukdom. De som inte använder kondom vid debuten har större benägenhet att inte använda kondom i framtiden. Detta gäller främst i Kroatien. Data från Norge tyder på att förbättring av kondomanvändning sker efter debuten.

Norge: Subventionering gav ökad preventivmedelsanvändning

81 procent av de norska ungdomarna uppgav att de använde någon form av preventivmedel vid första samlaget. Resultaten tyder på att det var vanligare med preventivmedel vid första samlaget hos dem som känt sin partner en längre tid än hos dem som nyligen träffat sin partner. Studien visar på en betydande skillnad på användning av preventivmedel vid samlagsdebuten före och efter år 2002 i Norge. Då införde man subventionering av hormonellt preventivmedel och kondomer gjordes tillgängliga gratis, vilket ökade användningen med 11 procent.

Norge: Ungdomar med fast partner har samlag oftast

Majoriteten av de norska ungdomarna svarade att det senaste samlaget skedde med en partner eller en vän. De som har en fast partner är också de som har samlag oftast. På frågan om kondom användes under det första

samlaget med den senaste partnern, uppgav fler män än kvinnor i Norge att de använt kondom. Anledningen till kondomanvändning vid senaste samlaget var främst att man ville undvika graviditet, könssjukdomar och hiv/aids. Om man inte använde kondom vid det senaste samlaget berodde det på att annat preventivmedel användes, att man inte var orolig för könssjukdomar eller att man inte hade tillgång till kondomer.

Ju längre man varit sexuellt aktiv, desto mindre är viljan att använda kondom

Användning av hormonella preventivmedel ökar i Norge. Undersökningen visar att ju längre en person varit sexuellt aktiv, desto mindre är benägenheten att använda kondom. I Kroatien minskar kondomanvändningen men man kan inte se någon ökning av hormonella preventivmedel. Hos unga kvinnor i Norge ökar användningen av hormonella preventivmedel när de varit sexuellt aktiva en tid.

Norge: Könsskillnader i besök på ungdomsmottagningen

Undersökningen om norska ungdomar visade att 64 procent av ungdomarna under de senaste 12 månaderna hade varit på en ungdomsmottagning. 29 procent hade besökt mottagningen för att få kondomer gratis, 20 procent hade varit där för att få rådgivning om graviditet och 41 procent hade också sökt rådgivning om sexuellt överförbara sjukdomar. Vidare fanns tydliga könsskillnader. Unga kvinnor hade främst sökt hormonellt preventivmedel på ungdomsmottagningar medan männen vänt sig dit för att få tillgång till kondomer. De som söker sig till mottagningar för att hämta kondomer är främst den yngre åldersgruppen 16–19 år. Även ungdomar som ännu inte haft samlag besökte ungdomsmottagningar för att hämta kondomer.

Norge: Risken att drabbas av könssjukdom bedöms som liten

67 procent av ungdomarna säger att de fått kondomer gratis från ungdomsmottagningen, 53 procent uppger att de köpt kondomer och 43 procent har övat hur kondomen ska sättas på. De tillfrågade bedömer att risken att drabbas av en könssjukdom är mycket liten. Kvinnor bedömer risken något högre än vad män gör. De som uppger att de tidigare haft en partner uppger att risken är något högre än de som för tillfället har en partner och de som aldrig haft en partner. Man ansåg risken för att drabbas av klamydia större än risken för att drabbas hiv. Risker för hiv verkar, helt adekvat, bedömas olika beroende på om en människa har en homosexuell eller heterosexuell identitet. Man har förtroende för att den andre partnern skulle säga till ifall det fanns en risk att bli smittad och bedömer därför riskerna som låga.

Två skäl att inte använda kondom dominerar

På grund av att tillfälliga sexuella möten oftast är romantiserade, speciellt för ungdomar, är det sannolikt att ingen av de sexuella aktörerna vill bli påmind om den andras sexuella historia. Kärlek ses ju som oförenligt med misstro, vilket motverkar att kondomer kommer på tal. Alkohol används

också ofta som ursäkt för icke-användning av kondom. Det kan ha att göra med att man vill behålla tron på sig själv som en kompetent och kontrollerad människa.

I flera av studierna dominerar också två skäl till att inte använda kondom under första samlaget med den senaste partnern. Det första skälet är rädsla för att bli misstänkt för att exempelvis bära på en STI. Det andra skälet är en gemensam tillit för varandra.

Det finns ett motstånd mot kondom i passionerade situationer

Hälsopedagoger tror att människor ofta misslyckas med att använda kondom. Orsaken är dock främst inte att människor misslyckas utan att de inte vill använda kondom i passionerade sammanhang.

Efteråt kan den uteblivna kondomen skapa ångest då de flesta är väl medvetna om risken för könssjukdomar. Men ingen vill känna ångest. Därför är det så viktigt med rådgivning till ungdomar. Det är också viktigt att be om lov att prata om ämnet, att normalisera det och att erbjuda stöd vid behov.

Egen erfarenhet viktigt för trovärdigheten

Att prata med ungdomar om sex kräver en aktiv reflektion kring den egna sexualiteten, på detta sätt skapas empati. Det krävs också en nyfikenhet kring sexualitet och sexuell mångfald. Det fordras vidare kunskap och kommunikationsförmåga, dock är egen erfarenhet viktigare för att skapa intimitet och därigenom trovärdighet. Att prata med ungdomar om sexualitet utlöser inte ett avvikande sexuellt beteende. Det medför heller inte att ungdomar blir mer sexuellt aktiva än de annars skulle vara. Det som avgör detta är vad de unga anser vara "det normala". Samtal orsaker inte heller sexualbrott eller missbruk.

Många viktiga faktorer påverkar rådgivning till ungdomar

Ungdomar behöver kärlek, omtanke, empati och skydd men riskerar att utsättas för trauman och förnedring. För att kunna hantera sina känslor och undvika negativa situationer behövs möjligheten till rådgivning.

Det finns ett flertal faktorer som bör vara i fokus under rådgivning med ungdomar:

- beteendevetenskapliga faktorer som beskriver hur ungdomen beter sig
- kognitiva faktorer som skildrar hur personen tänker och hur denne tolkar olika situationer
- emotionella faktorer som undersöker vilka känslor som uppkommer hos den unga
- relationella faktorer, på vilket sätt ungdomen interagerar under samtalet
- situationella samt kontextuella faktorer som beskriver hur miljön ser ut i ungdomens liv

- kulturella samt subkulturella faktorer som berättar var personen kommer från. Norge ska börja arbeta med denna punkt då anses vara av stor vikt för landet.

Subventionering viktigare än informationskampanjer

Sammanfattningsvis är tillgänglighet till gratis kondomer samt subventionering av hormonella preventivmedel av större vikt för den sexuella hälsan hos unga, än informationskampanjer. Ungdomar har en väldigt god kunskap om hur man bör skydda sig men behöver hjälp att använda den.

Sexualitet i Norden

I alla kulturer, länder och samhällen varierar uttryck för sexualitet beroende på beteenden, attityder, normer och regler. Uttrycken för sexualitet varierar även över tid och inom ett samhälle t.ex. med hänsyn till kön, etnicitet, social klass och ålder. Man kan dock säga att de nordiska länderna har många gemensamma sexuella uttryck som är typiska för Norden vid en jämförelse med övriga europeiska länder.

Svagt tabu kring nakenhet men starkt tabu kring beröring

Det som karaktäriserar sexualiteten i Norden är att det finns svaga tabun kring nakenhet. Det finns dock ett starkt tabu kring beröring samt låg tolerans kring otrohet. I jämförelse med de flesta andra västliga industriländer, finns det i de nordiska länderna inte så starkt begränsande normer mot traditionellt undertryckta grupper i befolkningen, såsom ungdomar, kvinnor och homosexuella. Detta gör att det anses enklare att uttrycka sin sexualitet i Norden än i resten av Europa. Skälen kan stå att finna i bevarandet av de förkristna traditionerna för äktenskap samt i den sociala strukturens ideologi som speglar en jämlikhet mellan individer samt grupper av individer.

Den egna sociala klassens sexualitet ses som normal

Oavsett vilken kultur, land eller samhälle en människa tillhör har hon en tendens att uppfatta den egna sexualiteten som normal, såvida hon inte medvetet avviker från "det normala". Genom vänner och omgivning får människan bekräftelse om att det egna beteendet är normalt. Det normala tolkas och anses därigenom som ett naturligt sätt att uttrycka sexualiteten.

Mestadels finner människor sina partners och vänner inom den egna sociala klassen. I samhället existerar ett flertal sociala klasser där sexualiteten skiljer sig. Den egna sexualiteten anses normal eller naturlig och man undviker att jämföra den med en sexualitet tillhörande en annan social klass. Detta är ett led i gruppens egna sexuella socialiseringsprocess.

Normer och värderingar styr människans sexualitet

Sexualiteten ses som god under vissa villkor och under andra anses den som smutsig. Det anses vanligtvis fel att ha sexuellt umgänge med en kollega

eller en nära vän. Dock finns inga särskilda åsikter kring att ha en tillfällig sexuell partner som man inte har en kärleksrelation med. När sexuellt umgänge sker på grund av förälskelse anses det som helt normalt för då är detta ett uttryck av kärlek. Ifall den andra parten inte skulle besvara dessa känslor skulle detta säkerligen leda till självgranskning av den egna personen. Ofta uppstår frågor om varför känslorna inte blev besvarade. Dessa mekanismer kan skapa ångest människan bär med sig under livet, och som i sin tur säkerställer att man inte gör något som det egna samhället ser som anses onormalt eller onaturligt. Normer och värderingar utgör en social kontroll som styr människans sexualitet.

Seminarier

Deltagarna kunde välja mellan nio olika seminarier i två olika pass. Texterna sammanfattar presentationer, frågor från auditoriet och diskussioner. Vissa omfattande diskussioner särredovisas. I några få fall har presentatörerna själva skickat in sammanfattningar av sina anföranden. Dessa har översatts och formmässigt bearbetats .

Dan Apter och Lena Marions: Reproaktiv hälsa i Finland och Sverige

Maria Ekstrand: Prevention och hälsa ur ett genusperspektiv

Kina Hammarlund: Riskfyllda möten – en studie om unga människors upplevelser av sexuellt överförbara infektioner och sexuellt risktagande

Love Nordenmark och Samuli Koiso-Kanttila: Kommunikationsvägar i preventionsarbete

Charlotte Wilken-Jensen: Abortsökande kvinnor och preventivmedel

Gabriella Falk: Tonåringars oplanerade graviditeter och preventivmedelsanvändning – slutsatser från en doktorsavhandling

Anita Øren, Lilian Leistad och Tommy Haugan: Försöksprojekt med gratis hormonell prevention till kvinnor 20–24 år

Kristina Gemzell-Danielsson : CHOICE – rådgivning kan hjälpa kvinnor att välja preventivmetod

Ann Lalos: Hemabort – när, var, hur och vem?

Suss Åhman: Primärprevention i skolan – historisk och aktuell situation. Påverkan på kunskap, attityd och beteende

Hans Olsson: Kondomsamtal i skolan

Dickson Rajanayagam: Riktade insatser i preventivt arbete

Amina Ali Josef och Hodan Mohammad: Förebyggande arbete mot oönskade graviditeter

Merete Sass Sørensen: Att möta unga människor – Betydelsen av profession, utformningen av mottagningen och tillgänglighet

Arild Johan Myrberg, Niels Sandø och Anders Milton: Nationella policyprogram. Vad betyder de i praktiken?

Reproduktiv hälsa i Finland och Sverige

Dan Apter

Docent, Kliniken för sexuell hälsa, Finska Befolkningsförbundet

Lena Marions, Docent

Karolinska universitetssjukhuset

Antal aborter kan ge fingervisning om befolkningens kunskaper

Den sexuella och reproduktiva hälsan är relativt god i de nordiska länderna. Den grundar sig på respekt för de sexuella rättigheterna, omfattande sexualundervisning och rådgivning, samt lättillgängliga hälsovårdstjänster av hög kvalitet. Hälsan kan inte mätas i antalet aborter. Däremot kan antalet aborter liksom antalet genomförda tonårsgraviditeter visa på beteenden i befolkningen som kan innebära risker för den sexuella hälsan. Det kan också ge en fingervisning om hur det förebyggande arbetet bedrivs.

Högst antal aborter i Sverige, lägst i Finland

Trots de stora likheterna finns också skillnader. Mest omdiskuterat är antalet utförda aborter där Sverige toppar statistiken och Finland har det lägsta antalet. Detta gäller framför allt tonårsaborter (se tabellen nedan), men skillnaderna ses även i äldre åldersgrupper.

Lagstiftningen skiljer sig något åt mellan Finland och Sverige. Det krävs fortfarande läkarintyg och skäl till aborten i Finland. Abort utförs till 12:e veckan. I praktiken får dock alla som begär abort. I Sverige är gränsen 18 veckor och läkarintyg behövs inte.

Under 1970 talet ökade aborterna i alla nordiska länder med anledning av förändrad lagstiftning och ändrade levnadsvanor. Sverige har det högsta antalet aborter och Finland det lägsta. Övriga ligger mittemellan men på ungefär samma nivå.

Finland: Satsning på undervisning gav minskade aborttal

Attityderna till abort förefaller mer liberala i Sverige jämfört med Finland. Sverige har en lång tradition av sexualundervisning, men de senaste fem åren har sexualundervisningen varit bättre organiserad i Finland med en satsning på utbildning av lärare. Ett av skälen till satsningen var ökade aborttal. Resultaten är en minskning av andelen ungdomar som har samlag

redan i 14–15 års ålder, en bättre användning av preventivmedel och sjunkande antal aborter bland tonåringar i Finland. Detta stämmer med generell forskning inom området.

Sverige: lägst antal tonårsförlossningar men flest förlossningar generellt

Däremot är antalet tonårsförlossningar lägst i Sverige (5,8 per 1 000), och något högre i Danmark, Norge och Finland (8,8 per 1 000, se tabell). Skillnaderna i antalet förlossningar är dock små, avsevärt mindre än i antalet aborter. Generellt sett har Sverige fler förlossningar än Finland och övriga nordiska länder: 2009 var det 112 000 förlossningar i Sverige gentemot 60 000 i Finland.

Högst kondom användning i Finland

År 2002 rapporterades ungefär lika många diagnostiserade fall av klamydia i de nordiska länderna. Antalet fall i Sverige, Norge och Danmark har fördubblats sedan dess, medan situationen i Finland är oförändrad. Användande av kondom är vanligare i Finland. Det finns troligen även andra skillnader i sexvanor. När man ställde frågan ”hur ofta har du haft sex de senaste tre månaderna?” visade det sig att frekvensen var lägre i Finland, såväl bland 15–20 åringar som totalt.

Sverige: Medierna bidrar till motstånd mot hormonell prevention

Ambivalensen till hormonell prevention förefaller större i Sverige och kunskapen tycks mer begränsad. Medierna bidrar i stor utsträckning till detta. Man rapporterar i Sverige bara om negativa effekter men aldrig om positiva. Ytterligare en skillnad är att p-piller i stor utsträckning skrivs ut av barnmorskor i Sverige men av allmänläkare eller gynekolog i Finland. Den relativa betydelsen av alla de olika faktorer som skiljer länderna åt är svår att avgöra.

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar	Aborter	Födslar
2000	14,3	7,8	14,8	10,2	25,4	22,8	20,1	11,6	21,1	7,1
2001	14,0	7,6	15,4	10,6	21,7	19,7	18,8	11,0	22,5	6,6
2002	13,8	6,5	16,3	11,2	20,2	18,2	16,9	10,1	25,1	6,6
2003	14,8	6,0	15,3	10,4	19,1	16,4	16,3	9,1	24,4	6,0
2004	15,8	5,7	15,7	10,6	20,3	13,0	15,7	8,2	24,4	5,8
2005	15,8	5,6	15,0	10,3	15,5	15,1	15,4	8,0	24,3	5,8
2006	16,7	6,0	14,2	9,4	15,7	14,4	16,3	8,7	25,4	5,8
2007	16,3	5,8	13,5	9,0	17,7	14,2	17,0	9,1	24,8	5,8
2008	17?	6,9	12,7	8,8			18,0		24,4	5,8

Prevention och risktagande ur ett genusperspektiv – ungdomars inställning till oönskad graviditet, abort, sexuellt överförbara infektioner och preventivmedel

Maria Ekstrand

Med. dr, barnmorska, Uppsala universitet

Bakgrund – sexuellt risktagande bland unga

Ungdomar tar allt större risker sexuellt, vilket bland annat har visat sig i en dramatisk ökning av tonårsaborter och klamydiafall i Sverige sedan mitten av 1990-talet. Seminariet byggde på Maria Ekstrands avhandling "Sexual Risk Taking – perceptions of contraceptive use, abortion, and sexually transmitted infections among adolescents in Sweden". Syftet med avhandlingen var bland annat att få ökad förståelse för svenska ungdomars syn på, och erfarenheter av, risker i samband med oskyddat sex.

Både tjejer och killar förlorar på bristande jämställdhet

Maria Ekstrand anser att sexuellt risktagande är ett jämställdhetsproblem. Det bör också ses och diskuteras som ett jämställdhetsproblem. Både killar och tjejer har mycket att förlora på att utsätta sig för risker som kan leda till försämrad sexuell och reproduktiv hälsa. Dock är kvinnan den största förloraren i sammanhanget. Så har det alltid varit och så kommer det troligtvis alltid att vara. Många killar ser det som en total livskatastrof ifall man skulle tvingas bli tonårsförälder. Andra beskriver maktlösheten kring att inte kunna påverka kvinnans val.

Ungdomar underskattar riskerna med oskyddat sex

Avhandlingen visar att ett flertal av ungdomarna hade begränsade kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa, t.ex. grundläggande kunskaper om menstruationscykeln, abort, fosterutveckling. De flesta var medvetna om risker i form av könssjukdomar och oönskad graviditet, men de underskattade eller valde att ignorera riskerna med oskyddat sex. I stundens hetta, särskilt då alkohol varit inblandat, var det lättare att strunta i risker, än att vara den som tar upp frågan om t.ex. preventivmedel. Återkommande var ett slags "det händer inte mig"-attityd.

.

Negativ inställning till preventivmedel

Både tjejer och killar som intervjuades hade en öppen och liberal inställning till sex i allmänhet, till sex med tillfälliga partner och även till oskyddat sex. Samtidigt uttryckte många, både killar och tjejer, en negativ inställning till preventivmedel. Kondom ansågs generellt som dyrt, ”oskönt”, ”bökigt” och avtändande. Ett flertal av tjejerna hade en skeptisk och misstänksam inställning till hormonella preventivmedel. Det framkom åsikter som att hormoner inte var bra för kroppen samt att det kan orsaka blodproppar, cancer och viktuppgång. Tjejer ansågs ha det största ansvaret för preventivmedel. Killar tyckte inte det fanns stora risker. Man antog att partnern skulle berätta om den var smittad eller inte använde hormonella p-medel.

Oro för att samtal om preventivmedel ska leda till misstankar

Man tyckte vidare att det var svårt att ta upp ämnet om preventivmedel i samband med sex, särskilt med en ny partner. Det fanns ett flertal anledningar till dessa svårigheter. Orsakerna kunde vara osäkerhet, oro för förlo-rad intimitet och att det skulle leda till tankar om sjukdomar och smitta. Kompisars inställning till preventivmedel visade även detta ha stor påverkan.

Oönskad graviditet ses som ett avlägset hot

Mestadels gjordes en subjektiv riskbedömning av behovet av skyddat sex. Detta baserades på en uppdelning av upplevda omedelbara eller avlägsna hot, kontra upplevd sårbarhet. Sedan ställde man kostnad gentemot vinst. Ett omedelbart hot är exempelvis oro kring att förlora erektionen. Ett mer avlägset hot var för de flesta oönskad graviditet. Det skulle endast innebära katastrof om graviditeten fullföljdes, vilket ingen av de intervjuade killarna ansåg vara särskilt troligt. Även tonårstjejer såg abort som ett självklart val och ofta som det enda rätta valet. När det gällde att fatta beslut om abort uttryckte både killar och tjejer, trots detta, en viss villrådighet.

Om avhandlingen – metoder och syften

Avhandlingen var uppdelad i fyra olika studier. De två första studierna gick ut på att intervjua sammanlagt 12 grupper med ungdomar från årskurs två i gymnasiet. Syftet var bland annat att höra ungdomarnas egna ord om hur de tänkte och vad de tyckte kring oönskade graviditeter, aborter, och allmänt om risker i samband med sex.

I den tredje studien genomfördes djupintervjuer med 25 tonårstjejer mellan 16 och 19 år. Dessa hade alla genomgått aborter, och samtal fördes kring hur de upplevt att bli gravid i tonåren och hur de fattat beslutet om att göra abort. I fjärde studien gjordes djupintervjuer med 22 killar mellan 16 och 20 år som kom till en ungdomsmottagning för att göra klamydiatest. Det främsta syftet i denna studie var att lyssna till hur killar tänkte kring risker i samband med sex med ny partner.

Maria Ekstrands avhandling finns tillgänglig på
<http://www.avhandlingar.se/avhandling/cfa6a886f7/>

Riskfyllda möten – en studie om unga människors upplevelser av sexuellt överförbara infektioner och sexuellt risktagande

Kina Hammarlund

Leg. barnmorska, fil. dr, universitetslektor Högskolan i Skövde

Bakgrund – tonåringars attityder till sexuellt risktagande

Seminariet byggde på Kina Hammarlunds avhandling ”Riskfyllda möten – en studie om unga människors upplevelser av sexuellt överförbara infektioner och sexuellt risktagande”. Avhandlingen omfattar fyra fokusgruppsintervjuer med 25 svenska tonåringar i åldern 18–19 år. Studien hade två syften: dels att få en djupare förståelse av tonåringars värderingar och attityder kring sexuellt överförbara sjukdomar och sexuellt risktagande, dels att förklara och förstå attityder och värderingar kring könssjukdomar och sexuella risktagandet genom att använda ett genusperspektiv.

Samtal om kondom upplevs som intimare än själva samlaget

Avhandlingen visar att tonåringarna tycks söka ursäkter för att undvika ansvar och förneka sitt sexuella risktagande. En vanligt förekommande ursäkt är alkoholpåverkan. Under alkoholpåverkan är tonåringar inte blyga för att ha samlag – men det anses fortfarande pinsamt att prata om kondomanvändning. Dialogen mellan den unge mannen och den unga kvinnan tycks ofta upplevas som mer intim än själva samlaget när det gäller att skydda den sexuella hälsan. För att ha möjligheten att agera så här sexuellt risktagande, ser ofta ungdomar tillfälliga partner som objekt, till skillnad från kärleksförhållanden där partnern är omtyckt och ses som ett subjekt.

Missförstånd kring könsroller är ett hinder för kondom

Resultatet visade att varken unga män eller unga kvinnor vågar föreslå kondomanvändning vid tillfälliga sexuella kontakter. Denna rädsla verkar stödjas av genuskonstruktioner som bygger på missförstånd, som i sin tur härrör från fördomar och brist på kommunikation. Ett vanligt bakomliggande problem bland dessa unga män och kvinnor tros vara att de alla försöker agera för att bygga upp sin självkänsla enligt de sociala normer som finns i den grupp de tillhör.

Viktigt att inte få dåligt rykte

Sexuellt risktagande inleds ofta på nattklubbar dit ungdomar går för att dricka alkohol och umgås. I ett möte mellan en kille och en tjej finns särskilda regler som bör följas. Reglerna läggs fram av tjejen och syftar till att skydda den romantiska bilden av att vara noga utvald. Detta är en del i att skydda sig från att stigmatiseras som lättfotad och få ett dåligt rykte.

Avslutningsvis kan detta resultera i en balansakt, vilken både män och kvinnor måste delta samtidigt i för att forma sin sexuella identitet. Samtidigt som de försöker behålla sin självkänsla är det viktigt att inte få ett dåligt rykte. I denna balans är det svårt att diskutera på vilket sätt man ska skydda den egna sexuella hälsan.

Kina Hammarlunds avhandling finns tillgänglig på
<http://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:223078>

Kommunikationsvägar i preventionsarbete

Love Nordenmark

Verksamhetsansvarig på UMO – Ungdomsmottagningen på nätet, Sverige

Samuli Koiso-Kanttila

Projektledare vid Finnish Family Federations Help Line for Boys under 20 years, Finland

Bakgrund – om UMO.se

Love Nordenmark från UMO.se använde sin verksamhet som exempel för att beskriva kreativa preventionsvägar inom SRHR-området. UMO vill ge unga trygghet, anonymitet och inkluderande kunskap via webben. Verksamheten bygger på ungas frågor. Deras slogan är ”Alla undrar. Vad undrar du?”. Fröet till UMO såddes när Föreningen Sveriges ungdomsmottagningar, FSUM, ville ha en nationell webbplats. UMO kom sedan till på uppdrag av integrations- och jämställdhetsdepartementet och deras satsning inom jämställdhetsområdet. UMO drivs av Inera AB på uppdrag av Sveriges landsting och regioner, som även driver 1177.se. I uppdraget fanns krav på att allt innehåll skulle genomsyras av ett jämställdhetsperspektiv, vilket utvidgades till ett integrerat normkritiskt perspektiv med starkt rättighetsfokus.

En ungdomsmottagning som är tillgänglig dygnet runt

Fördelen med att använda nätet är att man kan komma åt information när som helst på dygnet. Forskning styrker att det är lättare att samtala om svåra saker på nätet. På webbplatsen finns bland annat en sökkatalog för att hitta närmaste ungdomsmottagning, möjlighet att ställa frågor anonymt (frågeställaren får ett kontrollnummer att använda för att hämta sitt svar i svarsbanken på webbplatsen), ungdomsanpassade faktatexter, reportage, bilder, animationer, tester, ordlista och filmer. Man kan utöver det här anpassa sidan, ta del av översatt material, lyssna och söka i ordlistan. Man kan välja att ta bort bilder på naket eller sexuellt material och det finns en panikknapp för den som snabbt behöver lämna sidan. UMO.se har en panel med personer i åldrarna 13–25 år valda med hänsyn till olika intressen, erfarenheter, kön, identitet och etnicitet. De granskar UMO:s arbete i fråga om utseende och innehåll. UMO är samverkanspartner med myndigheter, intresseorganisationer, landsting, kommuner, experter och forskare inom en bredd av områden.

En bred grupp av hälsovårdspersonal är knuten till UMO

De som arbetar på Fråga UMO är psykologer, barnmorskor, sjuksköterskor, kuratorer, dietister, venerologer och läkare. Sammanlagt har UMO 40 svarare från 8 mottagningar utspridda i landet. Svararna har fått utbildning i normkritiskt perspektiv och språkregler. I UMO:s redaktionsråd som slutgiltigt godkänner allt material som publiceras sitter även experter på diskrimineringsgrunderna kön, etnicitet och religion, funktionsnedsättningar, hbt och heder.

De flesta vill ställa frågor

UMO har olika kampanjer, bland annat en snoppkampanj som ledde till att 60 procent av besökarna den veckan var killar. De har även haft webbanonser på några stora ungdomswebbplatser för att göra sig mer kända. Med hjälp av en enkät från hemsidan med 3 000 svarande vet de nu att de flesta kommer till UMO för att ställa frågor.

UMO-statistik

UMO svarade på cirka 8 300 frågor år 2009. Av dessa kom 30 procent från killar. De flesta av frågeställarna var mellan 15 och 17 år och frågade främst om sex och hur man har sex, om kön och om skydd mot graviditet. UMO:s målgrupp är killar och tjejer mellan 13 och 25 år men de når mest ut till 13–20-åringar. Av dem som ställer frågor till UMO bor 46 procent i stad och 38 procent på en mindre ort eller på landet. Webbplatsen har cirka 170 000 besökare i månaden och de kommer från 652 orter.

Bakgrund – om Help line for boys

Samuli Koiso-Kanttila presenterade ett finskt preventionsprojekt, Väestöliittos telefonjour. Det är en telefonlinje med stöd för pojkar upp till 20 års ålder. Syftet med linjen är att stötta pojkar till en hälsosam utveckling kring sexuell hälsa och aggressionsproblem. En utgångspunkt för arbetet är att pojkar i lägre utsträckning än flickor tar hjälp och ställer frågor kring sex trots att de behöver det. I verksamheten ingår att undervisa personal som jobbar med ungdomar samt att bidra med information till föräldrar. Verksamheten utvecklar och testar nytt utbildningsmaterial och utför ett brett preventionsarbete genom att vara tillgängliga för att svara på alla frågor.

De som ringer testar ofta personalen

Problemen är oftast bredare än de till att börja med verkar vara. Frågorna och samtalen kretsar ofta kring sex, ilska och obalans i livet som helhet. Problemen leder till att pojkarna inte tar vara på möjligheter de får. De saknar också i många fall manliga förebilder i sitt vardagsliv.

De som ringer till linjen är ofta pratsamma och vill ha svar på något specifikt. Många som ringer kan antas ha diagnoser som exempelvis adhd. Det tar oftast ett tag innan den verkliga frågan kommer fram. Ofta är pojkarna trevande och ifrågasättande till att börja med för att testa om personen de

pratar med verkar vettig och om de kan känna respekt. Det är också vanligt att frågeställarna är stökiga och har en kaxig attityd som verkar syfta till att den de pratar med ska bli ledsen eller ta illa vid sig. Även det kan vara ett test för att se om personen de pratar med förstår deras verklighet.

Viktigt acceptera pojkars sätt att söka hjälp

Gruppsytryck försvårar för pojkar att ställa frågor. Det är vanligt att pojkar ringer i grupp första gången, för att sedan ringa ensamma. Om man accepterar deras sätt att söka hjälp så kommer de. Tjejer kan också ringa och har då frågor om pojkar. Det är svårt att veta direkt ålder och kön på dem som ringer då pojkars röster kan låta väldigt ljusa och feminina under puberteten. Samtal kan inledas med: "Killar borde veta ...", "Min kompis undrar ..." men de kan också vara formulerade som rop på hjälp. Kondomer är ett centralt ämne.

Jourpersonalens kön påverkar samtalen

Jourpersonalen gjorde ett test för att se om könet på den som svarade på linjen spelade roll. Man lät då endast kvinnor jobba på linjen i två veckor. Resultatet var mycket märkbart. Pojkarna talade på ett annat sätt, de hade ett annat beteende i telefonen och var mer tillbakahållna. De förekom till och med att pojkarna kom med inviter till kvinnorna i personalen.

Mer om telefonjouren

Väestöliittos telefonjour nås från platser där vuxna normalt inte befinner sig exempelvis skolgårdar. Pojkar ringer också ofta när de är ensamma hemma. Jouren består av en multiprofessionell och multidisciplinär arbetsgrupp. Linjen är öppen måndag till fredag mellan 13:00 och 18:00. Det ringer många fler till linjen än vad man kan ta emot. Verksamheten får mellan 8 000 och 11 000 samtal i månaden men den kan endast ta emot mellan 2 000 och 3 000 samtal. Linjen har för närvarande endast två heltidsanställda. Pojkarna är anonyma när de ringer och samtalet är kostnadsfritt. Linjen har funnits i tre år och efterfrågan ökar i takt med att budskapet sprids. Man för statistik under samtalen – exempelvis noterar man kön och ålder på den som ringer, i den mån de uppger det. Utifrån dessa uppgifter uppskattar man att de flesta som ringer är mellan 13 och 15 år gamla och att "genomsnittsringaren" är 13,8 år.

Abortsökande kvinnor och preventiv-medel

Charlotte Wilken-Jensen

Överläkare, Roskilde, Danmark

Bakgrund – undersökning om oönskade graviditeter

Danska Sundhedsstyrelsen publicerade nyligen rapporten ”Undersökning om oönskade graviditeter och val av abort bland kvinnor under 25 år”. Seminariet beskriver några utmärkande drag hos de kvinnor som deltog. Undersökningen tyder på att preventivmedelsrådgivningen behöver ändras, i synnerhet när det gäller användning av kombinerade p-piller i lågdos.

Resultat

Kvinnor väljer ofta abort eftersom de

- är ensamstående, unga
- håller på att utbilda sig
- har dålig ekonomi, instabil livssituation
- har problem med sin partner
- inte vill ha fler barn
- inte har planerat graviditeten.

Metod

Totalt deltog 1 216 kvinnor i undersökningen. Dessa delades in i två grupper: 15–19 år och 20–24 år. 516 kvinnor ingick i den yngre åldersgruppen och 700 i den äldre.

Frågeformuläret innehöll 65 frågor om preventivmedelsanvändning, inställning till preventivmedel, socioekonomisk situation och beslutet om abort. Utifrån svaren kunde kvinnorna delas in i tre olika grupper:

Grupp 1

För unga för att få barn, problem med att förena barn med utbildning, problematiskt att få barn eftersom de inte har någon fast partner.

Grupp 2

Instabil livssituation, instabil social situation, problem med att förena barn med förvärvsarbete, fick rådet att välja abort av sina föräldrar.

Grupp 3

Instabil parrelation, instabil ekonomisk situation, problem med att förena barn med utbildning.

Skillnader i preventionsmedelsanvändning

De tre grupperna skilde sig från varandra när det gällde användningen av preventionsmedel:

Grupp 1: Kvinnor som använde kondom när de blev gravida.

Grupp 2: Kvinnor som använde ett annat eller inget preventivmedel under det samlag då de blev gravida.

Grupp 3: Kvinnor som huvudsakligen använde p-piller.

Tonåringars oplanerade graviditeter och preventivmedelsanvändning – slutsatser från en doktorsavhandling

Gabriella Falk

Överläkare, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Bakgrund – tonåringars oplanerade graviditeter

Seminariet byggde på Gabriella Falks avhandling ”Teenagers’ unintended pregnancies and contraception”. Gabriella Falk inledde med en kort historik över Sveriges SRHR-arbete. Abort blev lagligt 1975 i Sverige samtidigt som man erbjöd preventivmedelsrådgivning gratis och började med subventionering. Speciella insatser görs för att nå tonåringar, bland annat erbjuds sexualupplysning i skolan sedan 1950-talet. Barnmorskor har i dag möjlighet att skriva ut p-piller och det finns ett stort antal ungdomsmottagningar samt subventioner. Trots detta har Sverige ett högt antal oönskade graviditeter bland unga och orsakerna till detta är oklara. De flesta oönskade graviditeter resulterar i abort. Tonårsmödrar är ovanliga i Sverige.

Sammanfattning av resultaten

Studierna visar att de flesta tonåringar som hade blivit oplanerat gravida hade tidigare erfarenhet av preventivmedel. Rådgivningen var svår att utvärdera, till innehåll såväl som till form. Riskgrupper för framtida aborter och oplanerade graviditeter var tonåringar som använde akut p-piller samt tonårsmödrar. Gabriella Falk konstaterar att tonåringar saknar adekvat kunskap om preventivmedel och därför behöver mer aktivt stöd från både föräldrar och professionella rådgivare. Internet är en viktig arena för målgruppen och därför är det viktigt för professionella att arbeta via nätet och där bidra med stöd och information. Målet bör vara att oregelbunden användning av preventivmedel ska bli regelbunden användning.

Under arbetet med avhandlingen gjorde Gabriella Falk fyra delarbeten för att undersöka oplanerade graviditeter ur olika perspektiv. Här följer en sammanfattning av arbetena.

Arbete I: Syftet var att undersöka risken för oplanerad graviditet bland kvinnor som sökte för att få akut-p-piller samt att undersöka förekomsten av klamydia.

Slutsats: Akut-p-piller är effektivt men kan ge en ökad risk för framtida abort.

Metod och resultat: 134 kvinnor i åldrarna 15–25 år erbjöds akut-p-piller alla dagar för att öka tillgängligheten. Därefter bokades ett återbesök då kvinnorna gjorde graviditetstest, klamydiatest samt fyllde i en enkät. Uppföljningstiden var 12 månader. Undersökningen visade att av dem som angav att de använde kondom som preventivmedel, hade 58 procent inte använt kondom vid det aktuella samlaget. Den vanligast förekommande biverkningen av akut-p-pillret var illamående. Vid återbesöket var det 70 procent som efter rådgivning valde kombinationspiller och rådgivning. 8 procent uppgav att de inte behövde något preventivmedel alls. Efter 12 månader var det tio kvinnor som blivit oplanerat gravida och som valde att göra abort. Detta innebär att aborttalet i denna grupp unga kvinnor var ungefär fyra gånger högre än det genomsnittliga aborttalet för denna åldersgrupp i Sverige. Nyare studier har visat att akut-p-piller inte alltid används trots att det är mer lättillgängligt i dag. Ingen av kvinnorna hade en klamydiainfektion.

Arbete II: Syftet var att undersöka tonårsmödrar som var i risk för nya oönskade graviditeter genom att utvärdera mödravårdsprogrammet.

Slutsatser: Det är viktigt med preventivmedelsrådgivning efter förlossningen, men alla kvinnor erbjuds inte rådgivning. Det finns flera riskfaktorer för ny graviditet och abort.

Metod och resultat: En retrospektiv kohortstudie med 250 kvinnor genomfördes i Örebro. Data samlades in från sjukhus- och mödravårdjournaler upp till 12 månader efter förlossningen åren 1996–2000. Eftersom medianåldern var 19 år ingick kvinnor med tidig familjebildning. Resultaten visar att bland dem som följdes upp gick bara 71 procent på återbesök efter förlossningen. Vid journaluppföljning ett år efter förlossningen, var 25 procent gravida igen och 36 procent av dessa valde att göra abort. Trots att det är konstaterat att det är viktigt med preventivmedelsrådgivning efter en förlossning var det 24 procent som inte hade erbjudits ett preventivmedel. Inom fyra månader efter förlossningen konstaterades 15 graviditeter varav 10 avslutades med abort. De riskfaktorer för ny graviditet och abort som konstaterades var om kvinnan var ensamstående mor, om kvinnan tidigare hade haft missfall eller om hon haft en tidigare abort. Liknande resultat har även visats i en nyligen genomförd finsk studie.

Arbete III: Syftet var att undersöka i vilken utsträckning och på vilket sätt abortsökande tonåringar erbjöds preventivmedelsrådgivning.

Slutsats: Dokumentationen i de analyserade journalerna var ofta ytlig. Ibland saknades den. Detta ledde till otillräcklig kommunikation mellan olika vårdgivare. En annan möjlig slutsats är att preventivmedelsrådgivningen vid abortbesöket och vid uppföljningen efter aborten varit bristfällig.

Metod och resultat: År 2006 genomfördes en kvalitativ innehållsanalys av 36 journaler för tonåringar som sökte för abort. Med hjälp av innehållsanalys gick det att identifiera elva kategorier av innehåll i journalerna. Två av kategorierna gällde preventivmedel. De analyserades vidare, varpå två teman kom fram: tidigare användning av preventivmedel och planering av preventivmedelsanvändning i framtiden. I 10 av 36 journaler saknades information om preventivmedelsanvändning och i 13 journaler fanns ingen dokumenterad preventivmedelsmetod efter aborten.

Arbete IV: Syftet var att få en förståelse för tonåringars preventivmedel genom att genomföra en intervjustudie.

Slutsats: Många av de intervjuade hade problem med biverkningar och hade fått bristfällig information från preventivmedelsrådgivare.

Metod och resultat: Tolv tonåringar som sökte abort intervjuades. Medelåldern var 17 år. Intervjutecken analyserades enligt metoden för kvalitativ innehållsanalys. Ett tema som kom fram var att många kämpade med sina preventivmedel. De upplevde felaktigt eller otillräckligt stöd från rådgivare. De upplevde också att det fanns skillnader i tillgänglighet till preventivmedelsrådgivning.

De intervjuade talade gärna med sina kompisar om preventivmedel. Kompisarna hade stort inflytande över tonåringarnas uppfattningar om preventivmedel. Föräldrarna sågs som positivt inställda men de bidrog inte aktivt till att hjälpa tonåringar att få preventivmedel. Internet var en viktig källa till information bland tonåringarna.

Gabriella Falks avhandling finns tillgänglig på

<http://liu.divaportal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:319591>

Försöksprojekt med gratis hormonella preventivmedel till kvinnor i åldrarna 20–24 år

Anita Øren, Lilian Leistad, Tommy Haugan

Avdeling Forebyggende helseforskning, SINTEF, Trondheim, Norge

Anita Øren fick förhinder och kunde tyvärr inte medverka i konferensen. Vi har ändå valt att inkludera hennes inskickade skriftliga abstract, i översatt och bearbetad form, då det är av stort intresse.

Bakgrund

Kvinnor i åldrarna 20–24 år har de högsta aborttalen i Norge. I syfte att undersöka om gratis hormonella preventivmedel ändrar preventivmedelsanvändningen och aborttalen hos kvinnor i dessa åldrar gav norska Helsedirektoratet SINTEF i uppdrag att utföra ett försöksprojekt, där kvinnor mellan 20 och 24 erbjöds gratis hormonella preventivmedel under ett år i två utvalda kommuner.

Slutsats

I försökskommunerna, där kvinnorna erbjöds gratis hormonella preventivmedel, ökade användningen av hormonella preventivmedel och antalet användare av långtidsverkande hormonella preventivmedel signifikant. Dessutom observerades en signifikant minskning av antalet aborter i försökskommunerna, men inte i kontrollkommunerna.

Resultat

De flesta kvinnorna i åldrarna 20–24 använde hormonella preventivmedel (92 och 93 procent under 2008 respektive 2009), där p-piller var vanligast. Under försöksperioden observerades att kvinnorna i försökskommunerna använde alla typer av hormonella preventivmedel mer frekvent än före försöksperioden. Dessutom ökade antalet användare av hormonspiral och p-stav/implantat signifikant i försökskommunerna, men inte i kontrollkommunerna. Användningen av nödprevention minskade signifikant i den totala populationen mellan 2008 och 2009. Aborttalen minskade signifikant i försökskommunerna, medan de låg på en oförändrad nivå i kontrollkommunerna efter perioden med gratis hormonell prevention.

Metod

Kommunerna Bodö och Porsgrunn valdes ut som kontrollkommuner, och Tromsö och Hamar som försökskommuner, med utgångspunkt i antalet kvinnor i målgruppen, utbildningsutbudet och studenthälsan på studieorterna samt aborttalen. Kvinnor i försökskommunerna erbjöds gratis hormonella preventivmedel under ett år. Före och efter denna period fick de kvinnor som var registrerade på studieorterna eller som var folkbokförda på en bostadsadress i någon av de fyra kommunerna en skriftlig förfrågan om att delta i en undersökning om preventivmedelsanvändning och graviditetshistoria.

CHOICE – rådgivning kan hjälpa kvinnor att välja preventivmetod

Kristina Gemzell-Danielsson

MD, PhD, Professor, Obstetrik och gynekologi, Karolinska institutet/ Karolinska University Hospital

Bakgrund – om CHOICE-studien

Seminariet byggde på resultaten från den så kallade CHOICE-studien. I Sverige utförs i dag fler aborter totalt sett och bland unga kvinnor än i våra nordiska grannländer och övriga västeuropeiska länder. Bland unga kvinnor som använder preventivmedel är de hormonella metoderna de vanligaste. Samtidigt uppger fyra av tio unga svenska kvinnor att de saknar tillräcklig kunskap om vilka hormonella preventivmedel som finns tillgängliga. Det gör att de inte alltid väljer det preventivmedel som passar dem bäst.

För att se hur ökad rådgivning och utbildning kan hjälpa dessa kvinnor att göra ett mer medvetet val genomfördes en internationell multicenterstudie i 11 länder, den så kallade CHOICE-studien, där även Sverige deltog. CHOICE står för contraceptive health research of informed choice experience.

I Sverige deltog 173 barnmorskor och läkare vid 70 mottagningar (mödravårdscentraler, ungdomsmottagningar, gynekologmottagningar) över hela landet. Totalt inkluderades 1 944 kvinnor i åldrarna 15–40 år.

I studien undersöktes:

- hur det slutgiltiga valet av preventivmedel skiljer sig från det kvinnan föredrog innan rådgivning
- vilka kriterier som är avgörande när kvinnor väljer hormonellt preventivmedel
- vilka sociala och demografiska skillnader som finns vad gäller vilken hormonell preventivmedelsmetod kvinnan väljer.

Mer fokus behövs på positiva hälsoeffekter

Resultaten visade att rådgivningen hade en signifikant effekt på kvinnornas val av preventivmetod. Mest påtagligt var att andelen som inte använde någon metod minskade från 28 procent före rådgivningen till 4 procent efter den strukturerade rådgivningen. Signifikant fler kvinnor valde p-plåster eller p-ring efter rådgivningen. De deltagande kvinnorna upplevde rådgivningen som mycket användbar. Resultaten visar också att mer fokus behövs på positiva hälsoeffekter av kombinerade hormonella metoder och att de olika

subventionssystemen för unga kvinnor i Sverige har tydlig inverkan på kvinnornas val av preventivmetod.

Mer om CHOICE

Undersökningen stöds av den europeiska organisationen ESC (European society for Contraception and Reproductive Health). MSD har bidragit med finansiellt stöd. Ansvariga för den svenska delen av studien är K. Gemzell Danielsson, L. Thunell , M. Lindeberg , T. Tydén och B. Oddens.

Hemabort – när, var, hur och vem?

Ann Lalos

Professor, Enheten för obstetrik och gynekologi, Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet, Umeå

Bakgrund – om medicinsk abort

Medicinsk abort i hemmet innebär att ett preparat, Mifegyne, intas på sjukhus eller klinik varpå kvinnan eller paret kan lämna mottagningen. Ett team bestående av kurator, gynekolog och barnmorska ska finnas tillgängligt för kontakt och stöd under tiden.

Om studien

Seminariet byggde på studien ”Hemabort – kvinnors och deras närståendes erfarenheter av medicinsk abort i hemmiljö”. Syftet med studien var att få ökad kunskap och förståelse för kvinnors och partners erfarenheter, åsikter och reaktioner vid hemabort. Undersökningen gjordes med både kvalitativa och kvantitativa metoder. Totalt deltog 100 kvinnor och 23 män, inkluderande 23 par. Många hade erfarenhet av abort sedan tidigare. Majoriteten var gifta och hade även barn och en stabil socioekonomisk situation.

Sammanfattningsvis konstateras att många uppgav att den svåraste dagen var den första dagen då de skulle ta den första tabletten, men att detta var en del i en process som mentalt hade startat långt tidigare. Det fanns en del oro inför själva aborterandet men överlag upplevdes detta som lättare än förväntat. Lättnad var den mest typiska känslan hos båda i paret.

Förloppet delas in i tre dagar

Resultaten visar att nästan alla valde att åka till det egna hemmet, ett fåtal till partnern eller till en vän för hemaborten. De flesta valde att ha sin partner eller en vän närvarande medan nio valde att vara ensamma. Förloppet delades in i tre dagar: Mifegyne-dagen, ”Mellandagen” samt Cytotec-dagen. Mifegyne-dagen kännetecknades som den mest känslomässiga och definitiva dagen och uppfattades som sorglig, men deltagarna beskrev även en känsla av lättnad. Den andra dagen, mellandagen, beskrevs som en väntedag. Eftersom processen var igång var det flera som ville att dagen skulle gå över fort; de kände sig förberedda inför morgondagen. Den tredje dagen, Cytotecdagen, kunde rubriceras som ”den kroppsliga dagen”. Besvär som illamående, smärta och blödningar var vanliga samtidigt som många kände lättnad och befrielse över att de var i slutskedet av processen.

Vanligt att planera hanteringen av det som aborteras

En majoritet av kvinnorna valde att titta på det som aborterades. Över hälften hade planerat detta i förväg, och många av dessa ansåg sig vara väl förberedda på det. Några uppgav att de hade varit oroliga över hur det skulle se ut. 99 av 100 spolade ner materialet i toaletten eller kastade det i en binda. En person valde att begrava det utomhus.

Många fördelar med hemabort

Upplevelserna av hemabort visade sig vara övervägande positiva då 48 personer upplevde det som de förväntat sig och 44 personer upplevde det som lindrigare än förväntat. Åtta personer upplevde emellertid hemaborten som svårare än förväntat.

Som fördelar med hemabort uppgav kvinnorna att de kände sig friskare och tryggare eftersom de var i sin egen miljö, de fick vara ifred och kände större kontroll och mer integritet. Det var ingen som uppgav några nackdelar men rent hypotetiskt angavs att det skulle vara i fall att ”något skulle gå snett”.

Positivt att gå igenom processen tillsammans

Kvinnans upplevelser av att ha sin partner närvarande var övervägande positiva. Partners reflektioner var även de positiva eftersom de fick möjlighet att gå igenom processen tillsammans och att de kunde vara ett stöd för kvinnan. Anledningar till att partnern var med varierade. Några hade blivit ombedda. Flera kände det som en självklarhet att vara med och hade själva uttryckt en önskan om att få vara delaktig. Ytterligare reflektioner från männen var att de upplevde att de kunde bidra med något, att de kände sig berörda och att det var viktigt att vara tillsammans och ta hand om varandra.

Viktigt att synliggöra männen

En långtidsuppföljning visade att männen hade upplevt en ökad mognad och fördjupad självkänedom som en konsekvens av hemaborten. Inför framtiden kan man undra om en delad abortupplevelse kan leda till att män i större utsträckning blir mer delaktiga i ansvaret för att preventivmetoder används. Inom reproduktiv hälsa är ett genusperspektiv av avgörande betydelse. När det gäller män involverade i abort så utgör de en osynlig grupp, ett framtida mål bör därför vara att ”synliggöra” även dem – och inte enbart kvinnorna.

Primärprevention i skolan

– Historisk och aktuell situation.

Påverkan på kunskap, attityd och beteende

Suss Åhman

Sexualexpert, Finland

Finland: "Sexsnack" kompletterar skolundervisningen

Sexualundervisningen är obligatorisk i Finland. Särskilt utbildade lärare undervisar i hälsokunskap. Hälsokunskapen i Finland håller i dag rätt hög kvalitet och läromedel finns i ämnet. Man har också publicerat läroböcker med hög kvalitet. Utbildningen kompletteras ibland med utomstående inhyrda föreläsare som undervisar i sexualkunskap. I vissa delar av Finland har inte alla lärare sexologi som bakgrundskunskap. Det blir dock obligatoriskt år 2012, då alla lärare måste vara komplett utbildade i hälsokunskap. Sexsnack är ett utbildningsprogram som Suss Åhman har varit med att utveckla och som skolorna kan köpa in. Programmet innefattar kvalitetssäkrade föreläsningar av en utomstående utbildare, som en punktinsats till skolans föreläsningar. Föreläsningarna har visat sig vara väldigt populära.

Bristande genusperspektiv ett problem

En brist i den finska sexualundervisningen är att utbildningen är heteronormativ och samlagsfokuserad. Delvis saknar den genusperspektiv. Till exempel råder det brist på sexualundervisningsmaterial specifikt för kvinnor. Även diskussionen om värderingsfrågor hos såväl lärare som elever behöver utvecklas.

Fortlöpande sexualundervisning viktigt för goda resultat

Många av seminariedeltagarna ville ha en mer detaljerad bild av undervisningen för att få veta varför utbildningen gett så goda resultat. Enligt Suss Åhman var det viktigaste att ge en bred bild av sexualiteten samtidigt som känslor och ansvarstagande också diskuterades med unga. Vikten av att utbildningen löpte som en röd tråd genom hela årskurs åtta och nio betonades särskilt.

Finland har en förhållandevis hög kondomanvändning. Suss Åhman menar att Finland kanske har ett mer auktoritärt system än exempelvis Sverige, och att finska ungdomar och vuxna kanske är mer "regelföljande" och därför svarar lättare när de blir uppmanade att använda kondom.

Sexualundervisning i Finland – en kort historik

I Finland blev sexualundervisningen obligatorisk 1970. Detta ledde till att alla grundskoleelever kunde nås av sexualundervisning. År 1994 blev sexualundervisningen ett frivilligt tillvalsämne, vilket medförde sämre kvalitet på undervisningen. Följderna av förändringen i undervisningen avspeglades direkt i statistiken under efterföljande år, genom en ökning av antalet aborter och klamydiainfektioner. År 2002 inleddes utvecklingen av hälsokunskap där sexualundervisningen integrerades och 2004 infördes ämnet åter som obligatoriskt. En viktig del av upplägget är lärarnas viktiga roll i planeringen och koordineringen av undervisningen, samt att det finns klara riktlinjer för undervisningen.

Kondomsamtal i skolan

Hans Olsson

Skolexpert, RFSU, Sverige

Sverige: Integrerad sexualundervisning och kondomskola

I Sverige är sexualundervisningen integrerad i övriga utbildningen. Ämnen som naturvetenskap och biologi ska innehålla delmoment av sexualundervisning, genom hela grundskolan och gymnasiet. "Kondomskolan" är undervisning och samtal om kondomer i skolorna. Grundtanken med undervisningen är att påverka attityder, kunskaper och beteenden.

Det behövs samtal om faktiska situationer

Unga har goda kunskaper och attityder kring kondomer. Statistiskt är 15–17 åringar bäst på att använda kondomer men fortsätter inte med detta när de blir äldre. Informationen i skolorna är bra och tillräcklig; det som behöver vidareutvecklas är samtalen om faktiska situationer och färdigheter. Det finns en problematik kring dagens utbildning, där fokus ligger på det praktiska kring kondomer och förbiser de djupare samtalen.

Kondomsamtalen i skolan behöver ha flera pedagogiska ansatser, där samtal, rollspel, skapande och utgångspunkten från en gemensam norm är viktiga komponenter. Om undervisningen ska ha effekt, behöver läraren dels själv ha reflekterat kring sitt eget förhållningssätt, dels besitta kunskaper om hur människor kan tänka kring risker och ungas sexualitet.

Viktigt diskutera riskbedömning och normer

Att kunna använda kondom handlar mer om möten och sexualitet, än om kunskap om graviditet och sjukdomar. Det är därför viktigt att informera kring sex och inte endast fokusera på kondomen. Det finns en tillit och tilltro mellan förälskade individer, vilket försvagar riskbedömningen. Kön, kärlek och samlagsnorm påverkar hur ungdomar förhåller sig till varandra och vem som förväntas ge och ta ansvar. Kvinnor förväntas oftast ta ansvaret genom att äta p-piller. Detta är exempel på bakomliggande faktorer som måste diskuteras med eleverna.

Bättre effekt möjlig i den integrerade sexualundervisningen

I Finland är sexualundervisningen ett separat ämne. Det innebär att undervisningen fått en egen struktur. Särskilt utbildade lärare som själva koordinerar och planerar utbildningen har gett ämnet tyngd och styrka. Det skiljer den från undervisningen i Sverige. Men det går att uppnå en bättre effekt utan att ha sexualundervisning som separat ämne. Några viktiga inslag är

- sexualitet och möten
- hur man skyddar sig mot graviditet
- tilltro till den egna förmågan
- situationer och färdigheter
- föreställningar om kön/genus
- tydlighet med kondom.

Svensk livskunskap inte jämförbar med finländsk hälsokunskap

Många svenska skolor har livskunskap på schemat. Undervisningen ser olika ut överallt. Det finns dock formellt inte något sådant ämne, utan det har uppstått utifrån behov hos elever och lärare att diskutera frågor om livet. Enligt Hans Olsson har undervisningen ingen struktur och är alltför bred för att kunna liknas vid Finlands hälsokunskap.

"Sex på kartan" och annat RFSU-material

RFSU har i samarbete med Utbildningsradion och Arvsfonden skapat den nya sexualupplysningsfilmen "Sex på kartan". Filmen hade premiär den 17 januari 2011. RFSU har också skapat andra undervisningsmedel, bland annat en undervisningsbok i sexualkunskap.

Riktade insatser i preventivt arbete

Dickson Rajanayagam

Projektkoordinator, Sex & Sundhed, Odense, Danmark

Bakgrund: om Sex & Sundhed

Det danska centret Sex & Sundhed är ett självständigt, frivilligt preventionscenter som leds av en styrelse med externa resurspersoner. Organisationen verkar framför allt på Fyn och bygger på frivillighet och humanitet. Fördomsfrihet, anonymitet och jämlikhet är organisationens grundvärderingar.

Riktat arbete till invandrargrupper

– och till yrkesgrupper som ofta möter andra kulturer

En specialitet är att arbeta riktat till invandrargrupper i Danmark. Några av de anställda har en annan etnisk bakgrund än dansk. Dessutom har man 13 högskolestuderande volontärer som även har invandrabakgrund. Personer med invandrabakgrund deltar också i alla generella aktiviteter som aktiviteter under festivaler, kulturnätter och andra evenemang. Exempel på riktade aktiviteter:

- Centret har ett speciellt program för invandrantäta klasser som går ut på att komplettera skolans sexualundervisning för klass 6–10. Man förbereder sitt arbete tillsammans med läraren och gör också ett uppföljningsbesök i klassen. Speciell tonvikt läggs vid könsroller, värderingar och kulturella uttryck för sexualiteten. Det är viktigt att informationsmaterialet inte innehåller för mycket nakenhet. Skolorna betalar detta själva. Man har hittills nått 1 200 elever i helgrupp på Fyn och 2 500 i könsuppdelade grupper. Man erbjuder föräldraarrangemang om 2,5 timmar i samma anda som elevaktiviteterna. De kan vara i samma skolor. Ibland har man de båda aktiviteterna samtidigt.
- Man besöker asylmottagningen, språkskolor (motsvarande SFI-undervisningen) och invandrantäta ungdomsklubbar.
- Man håller metodkurser för lärare och andra yrkesgrupper där mötet med andra kulturer är ett inslag.

Rikstäckande sexualrådgivning

Sex & Sundhed har under 25 år fått stor kunskap inom området önskade graviditeter, hiv/aids och andra sexuellt överförda infektioner. Man har också lång erfarenhet av informationsarbete samt beteendepåverkan i olika befolkningsgrupper. Centret har en årlig kontakt med över 50 000 personer

med skilda egenskaper och erbjuder en rikstäckande sexualrådgivning i Danmark. Rådgivningen rymmer ett brett utbud av aktiviteter, hälsopedagogiska utbildningar samt olika undervisningsmetoder.

Sex & Sundhed samarbetar professionella och frivilliga som arbetar med sexuell hälsa eller folkhälsa. Man håller utbildningar på skolor och i ungdomsföreningar. Man erbjuder olika typer av föreläsningar på teman som ungdomar och droger, ungdomar och sexualitet o.s.v. Organisationen finns ofta på större evenemang som exempelvis festivaler och kulturtillställningar. Sex & Sundhed drivs med stöd från Hälsovårdsministeriet i Danmark, kommuner, fonder och privata donationer. Organisationen har nio heltidsanställda och 20 volontärer.

Rådgivning i olika medier

Centret erbjuder råd och information till befolkningen via telefon och sms. Organisationen arbetar ständigt med ny materialutveckling, för att göra information tillgänglig för alla människor inom olika kulturer och religioner. Man utvecklar nu en applikation med information för mobiltelefoner.

Kondomeriet – butik och förebyggande center

Sex & Sundhed driver också Kondomeriet som är en viktig del av organisationen. Det är dels en butik, dels ett förebyggande center. Kondomeriets syfte är att främja hälsosam sexualitet. Det eftersträvar man genom att bedriva sexualundervisning för tonåringar, arbeta förebyggande och erbjuda information om könssjukdomar. På Kondomeriet går det också att köpa kondomer. Alla intäkter går till det förebyggande arbetet.

Förebyggande arbete mot oönskade graviditeter

Amina Ali Josef, Hodan Mohammad

Somaliska Hälso teamet

Bakgrund – om Somaliska Hälso teamet

Somaliska Hälso teamet (SHT) är en medlemsorganisation. SHT arbetar med förebyggande hälsovårdsarbete bland somalier i Sverige. Syftet med verksamheten är att informera om hälsofrågor och genom interaktivt arbete påverka beteende för att främja en god hälsa. Det har visat sig att könssjukdomar, hiv/aids och framför allt oönskade graviditeter är ett stort problem bland somalier i Sverige.

SHT har en viktig uppgift i att skapa kunskap och förståelse hos ungdomar om att preventivmedel inte är något som är moraliskt fel i deras liv. Syftet med arbetet är preventivt och hälsofrämjande. Man vill också visa att organisationen inte dömer utan välkomnar alla.

Uttrycket "oönskad graviditet" sällsynt bland somalier

Uttrycket oönskade graviditeter är sällsynt bland somalier. Det används möjligen då en kvinna blir gravid med en man hon inte är gift med. I övrigt är ett barn alltid välkommet enligt religionen. I Sverige förekommer många skilsmässor i den somaliska gruppen. Mannen åker då ofta till Somalia och gifter sig med en ny kvinna. Situationen blir svår för den frånskilda kvinnan.

Skepsis mot preventivmedelsinformation

SHT menar att det på grund av kulturella barriärer är mycket svårt att implementera preventivmedelsanvändning hos somalier. Det kan uppfattas som att det strider mot religionen. Även om en kvinna inte vill ha fler barn, är det högst osannolikt att mannen skulle acceptera att använda kondom eller annat preventivmedel. Det finns ibland skepsis mot information om preventivmedel från t.ex. mödravården. Imamer varnar för att detta är aktiviteter som syftar till att minska antalet muslimer. Men många somaliska kvinnor vill inte ha så många barn och vill inte behöva genomgå så många förlossningar.

Svårt för unga kvinnor att ha preventivmedel hemma

Det finns en stark tradition i den somaliska kulturen av kontroll och bevakning av unga flickor och deras sexualitet. Genom denna starka kontroll vill man kunna garantera unga flickors oskuld inför äktenskap. Tabun som omfattar samlag utanför äktenskap, gör det omöjligt för unga kvinnor att ha

preventivmedel i hemmet eller att diskutera ämnet med sina föräldrar. Allt fler unga somaliska kvinnor slår sig fria från sina föräldrars kultur. Detta orsakar inte sällan att de börjar leva ett aktivt sexuellt liv utan att ha tillräckliga kunskaper. Det ökar risken för oönskad graviditet och även för STI.

Riktade insatser för ungdomar

SHT arbetar både med gruppinformation och individuell rådgivning. Det finns även ungdomsinformatörer som främst arbetar med ungdomar. Teamet arbetar framför allt i Stockholm men även i andra städer där det bor många somalier, t ex i Örebro. I Stockholm hade man till exempel fyra gruppmöten för unga i oktober (två för tjejer och två för killar) och två möten i december (en för kvinnor och en för män).

Könsseparerade grupper skapar möjligheter

En speciell form av gruppinformation är heminformation. Informatörer från SHT träffas hemma hos en somalier som bjuder in vänner och bjuder på mat. Under dessa workshoppar arbetar informatören interaktivt med gruppen och talar om konkret kunskap om preventivmedel, könssjukdomar, hiv/aids och kondom användning men också om andra hälsorelaterade frågor, exempelvis attityder, könsroller och homosexualitet. Det är ett bra sätt för kvinnor att träffas och samtala om den här typen av frågor. Man arbetar ofta med könsseparerade grupper vilket underlättar för målgruppen att öppet ställa frågor. För att nå unga män och kvinnor visar erfarenhet att workshoppar i könsseparerade, mindre grupper är den effektivaste metoden.

Att möta unga människor – Betydelsen av profession, utformningen av mottagningen och tillgänglighet

Preventionsvägledning i allmän praktik i Danmark

Merete Sass Sørensen
Familjeläkare, Köpenhamn

Preventivmedel – en fråga för husläkarna

I Danmark är det främst husläkarmottagningarna som skriver ut preventivmedel och erbjuder rådgivning. I stort sett alla husläkarmottagningar drivs av privatpraktiserande läkare och är därför små till storleken. Alla tillhör samma system av riktlinjer och rekommendationer, men det finns inga nationellt styrande riktlinjer. I Danmark finns det ca 3 500 allmänpraktiserande läkare. Fördelningen av patienter är ca 1 500 per läkare och de ska vara tillgängliga dygnet runt.

Barnmorskan deltar inte i preventivmedelsrådgivningen

Både läkaren och läkarvakten, som ersätter läkaren på helger och nätter, har rätt att skriva ut preventivmedel och dagenefterspiller. På så sätt kan man erbjuda hög tillgänglighet till preventivmedel. Det är bara läkare som skriver ut p-piller – inte barnmorskor. I Danmark har barnmorskan heller ingen roll i preventivmedelsrådgivningen. Där skiljer sig Danmark från Sverige på en väsentlig punkt i utformningen av mottagningen och ansvaret. Preventivmedel är ett av allmänläkarnas specialområden och de utbildar sig kontinuerligt kring detta. Många danska allmänläkare har även speciell utbildning i patientcentrerad rådgivningsmetodik.

Ingen nedre åldersgräns, inga subventioner

Det finns ingen nedre åldersgräns för tillåten rådgivning eller utskrivning av preventivmedel. Det är kostnadsfritt med preventivmedelsrådgivning och det är fritt att välja läkare. Läkarna måste inte ha föräldrarnas samtycke för att få skriva ut preventivmedel till unga. Danmark subventionerar inte preventivmedel. Det billigaste är motsvarande 40 svenska kronor i månaden för

p-piller. Utöver allmänläkarnas mottagningar finns det särskilda preventionskliniker, men det är upp till respektive region om de vill erbjuda sådana. I skolorna har skolsköterskan och lärarna allmänna kunskaper i ämnet.

Ungdomsmottagning i Sverige

Karin Bishop Bondestam

Överläkare, ungdomshälsan i Uppsala

Mia Öster

Barnmorska, ungdomsmottagningen i Strömstad

Ungdomsmottagningarna saknar nationell politisk styrning

I Sverige finns ingen nationell politisk styrning av hur ungdomsmottagningarna ska organiseras, vem som ska finansiera dem, hur eventuella samarbeten ska se ut eller vilken åldersgrupp man riktar sig till. Därför finns det stora variationer mellan länen. Ungdomsmottagningar kan ha helt olika huvudmän. I vissa fall är de knutna till mödravårdscentraler, men inte alltid. När de unga blir för gamla för ungdomsmottagningarna vet de ofta inte vart de ska vända sig, vilket kan få negativa konsekvenser. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, FSUM, har efterfrågat nationell normering och tydliga kompetenskrav men ingenting har ännu skett i denna riktning.

Förskrivningsrätten ändrade barnmorskans ansvar och uppgift

1975, då den nu gällande abortlagen kom, fick svenska barnmorskor förskrivningsrätt av p-piller vilket ändrade barnmorskans ansvar och uppgift. Ungdomsmottagningarna fick mer finansiering för att öka användningen av preventivmedel och flera ungdomsmottagningar öppnades. 1980 uppmärksammades hiv i Sverige och då gjordes nya satsningar för att hindra spridningen av denna och andra sexuellt överförda infektioner.

Barnmorskans nya roll kan ha påverkat p-pilleranvändningen

Att barnmorskorna fick förskrivningsrätt av preventivmedel var en milstolpe i den svenska SRHR-historien. Från barnmorskornas perspektiv kändes det stort. Samtidigt kan de ha känt att de hade ögonen på sig i sin nya mer avancerade roll. De kanske upplevde att det fanns ett dolt tvivel om huruvida barnmorskor skulle klara uppgiften. Detta kan eventuellt ha bidragit till att barnmorskor är mer restriktiva med att skriva ut p-piller och att de kanske har varit extra noggranna med att belysa riskerna. P-pilleranvändningen kan således ha påverkats av barnmorskans utveckling och roll inom professionen, hennes ökade ansvar, breddade arbetsområde och hennes vilja att utföra sitt arbete på ett professionellt och korrekt sätt.

Ungdomsmottagningen – mer än preventivmedel

Ungdomsmottagningarna har inte haft som tradition att bara handla om preventivmedel utan tar även upp andra frågor som är aktuella för ungdomar i deras utveckling utifrån ett salutogent perspektiv. Det breda uppdraget kräver att många kompetenser samarbetar. I dag upplevs dock ofta en brist på läkare och gynekologer på ungdomsmottagningarna. Man upplever även att den yrkesgruppen saknar intresse och kunskap om preventivmedel. Dessutom behövs fler kuratorer. Att kunna garantera sekretess är mycket viktigt för att ungdomarna ska komma till mottagningarna.

Diskussion

Barnmorskor är bra på att skriva ut p-piller till friska ungdomar men kanske inte har tillräcklig kompetens när p-piller kombineras med andra mediciner. Sedan barnmorskorna tog över förskrivningsrätten har dock läkarkompetensen kring p-piller försvagats. Det gör att barnmorskorna inte kan få särskilt stort kunskapsstöd från läkarkåren. Tanken med barnmorskornas förskrivningsrätt var troligen inte att läkare skulle separeras från p-piller-frågorna, men så ser det tyvärr ut i dag. Det är generellt svårt att få svenska allmänläkare att tänka på sexualiteten då de undersöker och behandlar sina patienter.

Betoningen på läkarbesök för förskrivning av preventivmedel i Danmark kan eventuellt vara en nackdel i ambitionen att nå pojkar och unga män. Det kan kännas jobbigt att boka tid hos en läkare för samtal eller frågor om kondom. Då känns det sannolikt lättare att vända sig till en ungdomsmottagning, som ju är en "lågtröskelmottagning". Betoningen på läkarbesök kan därmed innebära sämre tillgänglighet för pojkar och unga män. Det finns också i Sverige uppfattningen att ungdomsmottagningar inte når killarna, men det kan också vara så att killarnas besök inte journalförs i samma utsträckning eftersom kondomutdelning inte behöver journalföras. Men på många ungdomsmottagningar jämför man besök som avser kondomsamtal och kondomutdelning med annan preventivmedelsrådgivning. Då journalförs också dessa. Rutinerna skiljer sig mycket åt mellan mottagningarna.

Moderatorn lyfte vidare frågan om huruvida tilltron till den som skriver ut p-piller skiljer sig åt mellan läkare och barnmorskor. Detta upplevde många har med auktoriteter att göra och läkare anses generellt ha högst trovärdighet. Barnmorskor följer i högre grad de föreskrifter som finns och ser till att noga upplysa om risker, vilket också kan lägga större betoning på risker än på fördelar. Det kan förstärka den betoning som redan finns på risk i svenska medier. Bristen på intresse för preventivmedel i den svenska läkarkåren kan också leda till att läkaren inte rekommenderar det bästa möjliga preventivmedlet.

Nationella policyprogram – vad betyder de i praktiken?

Norge

Arild Johan Myrberg

Helsedirektoratet

Norska ungdomsmottagningar bygger på svensk modell

Norge gick i Sveriges fotspår med att öppna ungdomsmottagningar. Dessa styrs genom riktade pengar till kommunerna. År 1996 hade Norge 6 ungdomsmottagningar; år 2006 hade man 230 stycken. Kunskapsunderlaget som Sverige tagit fram förenklade arbetet i Norge. Under samma period ökade Norge de finansiella medel som går till sexualundervisning. Norge har haft policyplaner och handlingsplaner sedan 1991. De sattes in med hjälp av politiska beslut, till följd av ett ökat antal aborter under 80-talet. Helsedirektoratet publicerar rapporter och strategier på området. Den nuvarande rapporten är nummer fem i ordningen och ett av dess mål är att minska antalet tonårsgraviditeter.

Utökad förskrivningsrätt förenklade arbetet

Femtusen sjuksköterskor och barnmorskor blev efter en tredagars utbildning behöriga att skriva ut recept på preventivmedel. Den här utvidgade förskrivningsrätten förenklade arbetet på mottagningarna runt om i landet. Insatsens syfte var en tydligare uppdelning mellan gynekologiska undersökningar och preventivmedelsrådgivning.

P-piller gratis för 16–19-åringar

Mellan år 2002 och 2006 subventionerades p-piller vilket ökade den hormonella preventivmedelsanvändningen till 40 procent. Subventionerade p-piller gavs endast till 16–19-åringar. Att den undre åldersgränsen sattes till 16 år beror på att man då enligt norsk lag får göra sexualdebut. Subventionerna utformades så att 16-åringar inte behövde betala någonting för p-piller medan 15-åringar fick betala fullt pris. Efter år 2006 gäller subventioneringen alla preventivmedelspreparat, dock är det endast det billigaste alternativet (p-piller) som är gratis. För andra alternativ tillkommer ett självkostnadspris.

Gratis preventivmedel halverade abortsiffrorna

För att studera effekterna av subventionering gjorde man en studie i tre kommuner. I två av kommunerna fick ungdomar mellan 20 och 24 år tillgång till alla hormonella preventivmedel helt gratis. Den tredje kommunen fungerade som kontrollgrupp. Resultaten visade en halvering av abortsiffrorna i de två försökskommunerna utan att antalet födselar gick upp. När de unga kvinnorna hade möjlighet att välja helt fritt, valde de i stor utsträckning andra preventivmedel än p-piller och deras preventivmedelsanvändning blev också mer kontinuerlig. Med grund i forskningsresultaten vill man nu att alla under 25 år ska få subventionering på preventivmedel. Hälsoekonomer har räknat ut att det på lång sikt kan löna sig med 100 miljoner norska kronor. Ett problem i Norge har varit att den mest mobila gruppen, studerande kvinnor 20–24 år, inte har kunnat flytta med sig sin sjukpeng till en annan kommun.

Slutsatser ur norskt perspektiv

En viktig del i preventionsarbetet är kontinuitet: att man inte tar några pauser i verksamheten och att det ska finnas en jämn tillgång. Det viktigaste i policyarbetet är att pengar skjuts till även i fortsättningen. Långsiktiga insatser är extra känsliga mot finansiella neddragningar.

Danmark

Niels Sandø,
Sundhedsstyrelsen

Fristående organisationer har en viktig roll

I Danmark har man en aborthandlingsplan med fokus på utvärdering och mål. Nationella policyprogram fungerar som gemensam plattform för att förmedla fakta och prioriteringar inom landet. Policyprogrammet är varken ett finansiellt styrdokument eller en handlingsplan med metoder för att nå konkreta mål; dess funktion är att ligga till grund för lokala handlingsplaner. Danmark inspireras av Sveriges och Norges SRHR-arbete. Fristående organisationer spelar en viktig roll i det danska förebyggande och opinionsbildande arbetet, och de stödjer även kommunerna i deras arbete.

Sjukpengen går att nyttja i hela landet

Det är kommunens ansvar att driva sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete så att invånarna får möjlighet att leva ett hälsosamt liv. Kommunerna är till viss del självbestämmande men får riktlinjer och råd inom vissa områden. I Danmark kan man ta med sin sjukpeng, nyttja den runt om i landet och ändå ha kvar sin husläkare. Här skiljer sig Danmark på en viktig punkt från Norge.

Kommunerna har ett stort ansvar men efterfrågar mer kunskap

I Danmark ska det på kommunnivå finnas speciella SRHR-ansvariga – men det finns ingen samordnande institution på övergripande nivå. 80 procent av kommunerna deltar aktivt vid kampanjer kring sexuellt överförda infektioner och dylikt men endast 37 procent av kommunerna nämner sexuell hälsa som en prioriterad fråga. 10 procent av kommunerna har riktade insatser för att försöka nå ut till etniska minoritetsgrupper. Generellt efterfrågar man mer kunskap inom SRHR-området.

Fokus på ökad riskförståelse bland unga

Sundhedsstyrelsen uppgifter är att övervaka kunskapsläget, ge råd och samla in nya kunskaper, fastställa regler och rekommendationer samt genomföra kampanjer för att inspirera. Sexuell hälsa som övergripande ämne får inte så mycket uppmärksamhet. Däremot riktas fokus på riskområden eller riskgrupper som klamydiafrågan bland unga, män som har sex med män, missbrukare och prostituerade. Syftet med många insatser till unga är att öka deras riskförståelse.

Slutsatser ur danskt perspektiv

Nils Sandø betonar vikten av att alla ska inkluderas och att extra hänsyn bör tas till etniska minoritetsgrupper. Sexualundervisningen i skolan behöver förbättras.

Sverige

Anders Milton,

Ordförande i arbetsgruppen för förebyggande av oönskade graviditeter

Utredning kan leda till policyprogram

Anders Milton har gjort en interdepartemental utredning som eventuellt kommer att ligga till grund för ett policyprogram i Sverige. Utredningen har föreslagit att alla preventivmedel bör subventioneras. Staten bör kräva att det ska finnas ungdomsmottagningar i alla kommuner, som i Norge. Ungdomsmottagningarna bör utvärderas på uppdrag av regeringen. Sesammottagningar bör finnas på alla studentorter. Även dessa bör utvärderas för att det ska bli lättare att förbättra och stödja verksamheten. Sverige bör förbättra och detaljera statistik kring aborter för att lättare kunna göra riktade preventionsinsatser mot riskgrupper. Problemet i dag är att ingen enskild myndighet äger frågan.

Skolan en viktig arena där sexualundervisningen måste förbättras

I Sverige bör sex- och samlevnadsundervisningen förbättras och bli mer jämn; målen är för brett formulerade. Målen bör även åldersanpassas. Det

finns inga identifierade timmar avsatta i kursplanen till detta. Akut-p-piller bör finnas hos skolsköterskan då det anses pinsamt och dyrt att handla akut-p-piller och kondomer. Skolan som arena är väldigt viktig och det är rektorns ansvar att fullfölja uppdraget kring sexuell och reproduktiv hälsa. Det blir alltså en intressefråga vilket ger varierande kvalitet från skola till skola. Ämnet blir beroende av lärares engagemang. En ändrad kursplan skulle innebära krav på insatser i form av fortbildning till redan verksamma lärare. Det skulle också innebära att ämnet inkluderas i lärarutbildningen. Arbetet måste också förbättras inom elevhälsan där det jobbar sjuksköterskor, kuratorer och psykologer. Socialstyrelsen bör ge fortbildning till dessa.

SFI-undervisningen bör ta upp SRHR-frågor

Anders Milton menade att många föräldrar som kommer från andra länder inte själva har utbildats i frågorna. De har därmed svårare att förstå värdet i utbildningen och kan ha förutfattade meningar. Därför behöver man förklara vikten av dessa kunskaper när problem uppstår. Svenskundervisningen för invandrare (SFI) bör ta upp detta, tillsammans med mänskliga rättigheter och kvinnors rättigheter.

Slutsatser ur svenskt perspektiv

Anders Milton betonar vikten av att skilja på arbetet med att förebygga oönskade graviditeter och arbetet med att minska antalet graviditeter. Ett medicinskt ingrepp eller medicinering är något som ska undvikas i största möjliga mån. Det är också viktigt att betona och stärka killars ansvar i de här frågorna.

Kulturella perspektiv på sexualupplysning

Kari Telste

Etnolog, forskningsansvarig på Norsk Folkemuseum, Oslo

Sammanfattning

Kari Telste diskuterar runt de historiska förutsättningarna för dagens handlingsmönster och menar bland annat att sexualupplysningen relaterad till prevention, abort och oönskade graviditeter öppnar för diskussion kring de kulturella skillnaderna mellan nordiska länder. Hon beskriver vidare att under 1900-talet har en del av arbetet inneburit att informera kvinnor och ge dem kunskap om sin egen kropp och sexualitet. Syftet har varit att ge framför allt unga kvinnor bättre förutsättningar för att ta hand om sitt eget liv och hälsa.

Visionen bakom diskussionen kring sexual- och preventionsupplysning och rätt till abort har just varit att alla barn ska vara välkomna. Den här visionen har varit densamma genom åren men arbetsmetoderna har skiftat. Sexualiteten har varit omgiven av skiftningar i normer, attityder och värderingar. Kari Telste diskuterar de underliggande mönster som får inflytande i de beslut kvinnor och män fattar, kring att sätta gränser och för sin sexuella frihet. Inom loppet av 50 år har sexualiteten i samhället utvecklats. Förr var sex en tabufråga – nu finns en accepterad öppenhet kring individens sexuella hälsa.

Inledning

I förhållande till tidigare generationer har dagens unga män och kvinnor större rätt att uttrycka sin sexualitet och leva ut sina sexuella lustar. Men det existerar en problematik kring sex och tabu, kring vem som kan ge råd och på vilket sätt individen behöver ta ansvar för att kunna leva ut sina sexuella lustar. En sund inställning till sexualiteten eliminerar tabuföreställningar och andra missförstånd

Sociala konstruktioner viktig förklaring till aborttal

Trots att unga får kunskap om sin sexuella hälsa finns det problem med preventivmedelsanvändandet. Antalet aborter håller en jämn nivå och unga blir fortfarande oönskat gravida. Förklaringen ligger i föreställningar kring den kvinnliga och manliga sexualiteten, samt i den sociala konstruktionen kring sexualitet. Historiskt sett har mannen dominerat relationen och kvinnan varit mer passiv.

Förväntningar och ansvarsfördelning förändras

Gamla mönster håller på att förändras. Tolkningen av den kvinnliga sexualiteten liknar alltmer tolkningen av mannens. Kvinnor i dag har förväntningar på njutning och sex. De sätter själva sätta premisser och de kräver rätt till sex på samma villkor som män. Kvinnan har tidigare varit den som fått ta ansvar för preventivmedel, men i dag skriver de flesta under på att båda parter har samma ansvar. Frågan är hur ansvarsfördelningen egentligen fungerar i praktiken.

Det kan vara svårt att sätta gränser

Varje individ måste bestämma sina egna gränser och dessa måste respekteras. Detta kan dock vara svårt, om man inte vet vilka gränser som behöver sättas. Kvinnan är fortfarande oftast den som sätter gränser. Hon förväntas vara medveten om gränsen mellan sex som är bindande och sex utan förpliktelser.

Unga lågutbildade mödrar har fortfarande sämre möjligheter

Att vara ung, ogift mor har rent historiskt varit en synd och bidragit till en låg socioekonomisk position i samhället. I dag ser vi fortfarande att unga mödrar sällan slutför sin utbildning. Det leder till färre jobb möjligheter och oftast en dålig ekonomi samt små möjligheter till självförverkligande.

Gamla föreställningar om sexualitet lever kvar

Traditionella föreställningar kring mäns och kvinnors sexualitet lever också kvar i vår tid. Ordet "hora" är gammalt men används även i dag som förolämpning. Horans motsats är madonnan. Genom att våra samhällen blir mer mångfaldiga aktualiseras också dessa begrepp. Unga kvinnor vill inte bli klassade som horor, men inte heller som sexuellt oerfarna. Det leder till att de gränser som begreppen hora och madonna innefattar blir mer oklara och flytande.

Svårt att prata med föräldrar om sex

Kondomproblematiken är en laddad fråga. Trots att det oftast finns stor kunskap om kondomen är det få som verkligen använder den. Det upplevs som pinsamt att be om kondomer och det finns en rädsla för att visa sig sexuellt oerfaren. Det kan kännas svårt att prata med föräldrar om problem, och långt ifrån alla föräldrar pratar med sina barn om sex.

Ökad kunskap och ökat ansvarstagande viktigt

Kunskap om kroppen och sexualiteten är en förutsättning för att ta hand om sitt eget liv och hälsa. Genom ökad kunskap kan vi undvika oönskade graviditeter, tillsammans med andra sexuellt överförbara sjukdomar. Det är viktigt att man lär sig ta ansvar för sig själv och andra genom att använda sig av prevention, vilket vidare kan bidra till lägre antal oönskade graviditeter. Varje individ har förutsättningarna för en god sexuell hälsa.

Kari Telste är forskningskoordinator vid Norsk Folkemuseum i Oslo. Plenarföreläsningen utgick från hennes doktorsavhandling, som bygger på studier kring det historiska perspektivet på sexualitet och kön. Föreläsningen ingick i en serie om tre som hölls under fredagen 26 november. Kari Telstes föreläsning, liksom Bente Rosenbecks, hade som syfte att belysa de skillnader i arbete och resultat vi fått ta del av under föregående dag, och att diskutera om skillnaderna delvis kan förklaras av kulturella olikheter mellan de nordiska länderna.

Ett historiskt perspektiv på kön och familjeliv i Norden

Bente Rosenbeck

Professor, Institut för nordiske studier och sprogvidenskap,
Köpenhamn

Sammanfattning

På 1700-talet sågs reproduktion som något naturligt och i högsta grad privat i Norden. Mäns sexualitet och drifter var accepterade men samma sak gällde inte för kvinnor. När de blev mödrar hade de allt ansvar för barnen, även ekonomiskt. På 2000-talet har kvinnor slutligen fått ungefär samma individstatus som män när det gäller sexualitet. Föredraget belyser utvecklingen i de nordiska länderna fram till denna punkt, med tonvikt på 1900-talet.

Sammanfattningsvis har utvecklingen lett till ett ökat individuellt självbestämmande över fertilitet, övergång till preventionsmedel, avkriminalisering av abort och homosexualitet, jämställdhet inför lagen, sexualupplysning, acceptans av alternativa familjeförhållanden och en reproduktiv hälsa. Men nya utmaningar väntar. Exempel på sådana är frågeställningar kring skilsmässa som nu dyker upp i ny skepnad från en del av världen som inte genomgått samma reformprocess som de nordiska länderna.

Utgångspunkten för föredraget är framför allt två verk:

”Det politiska äktenskapet – 400 års historia om familj och reproduktion” – en nyutkommen bok med bidrag från Sverige, Danmark och Norge som innehåller artiklar om familjer och reproduktion

”Inte ett ord om kärlek: äktenskap och politik i Norden ca 1850–1930”. Boken beskriver utvecklingen av både legitima och ickelegitima äktenskap i Norden. Författarna beskriver en politisering av reproduktionen med 1920–30-talen som en utmärkande period.

Nordiskt samarbete genomsyrade politiseringen av äktenskapet

Reformprocessen i samband med politiseringen av äktenskapet genomsyrades av ett nordiskt samarbete. Visionen var att legitimera i stället för att legalisera äktenskap. Intresset för familjelivet började växa då äktenskap, ensamstående mödrar och sexualupplysning hamnade i fokus för reformer. Det mest framstående var den nordiska äktenskapsmodellen. Norge var det mest radikala landet. Finland hade tidigare följt Tyskland, men började nu efterlikna Sverige i stället. Det här unika nordiska samarbetet var grundläggande för reformprocessen.

Familjerättskommission och nya lagar i Norden

Samarbetet bidrog till att den skandinaviska familjerättskommissionen bildades. Kommissionen var verksam 1909–1918. På den tiden hade inte kvinnor rösträtt, men 1914 hölls ett stort kvinnomöte som resulterade i att kvinnor för första gången blev medlemmar i den skandinaviska familjerättskommissionen. Det nordiska samarbetet resulterade i två lagförslag. Det ena, som gällde bildning och upplösning av äktenskap, arbetades fram år 1913. Det andra, som gällde den ekonomiska relationen mellan makar, arbetades fram år 1918. Dessa lagar instiftades i de skandinaviska länderna mellan 1915 och 1923. I Finland arbetades de om till en helt ny äktenskapslag år 1929. Det intressanta med dessa lagar var främst tre aspekter, nämligen

- reformeringen av äktenskapsbildningen som fokuserade på medicinska hinder i stället för familjehinder
- att skilsmässa blev legaliserad
- att könen blev mer jämställda.

På 1900-talet lyftes fler frågor än bara äktenskapet

Familjerätten kom under 1900-talet att omfatta mer än bara äktenskapet, vilket öppnade för interventioner och reglering. Det blev accepterat med utomäktenskapiga barn samtidigt som tillgången till abort liberaliserades och homosexualitet avkriminaliserades. Norge var det land som var först med att acceptera utomäktenskapliga barn. Finland och Sverige följde efter på 1960–70-talen.

Jämställdheten tog ett stort kliv framåt när kvinnorna fick tillgång till försörjning genom barnpeng. Liberalisering och modernisering var framstående attribut för denna period. I stället för att se på fenomen som kriminella, började man se dem som medicinska och sociala problem. Homosexualitet blev ett medicinskt problem medan de utomäktenskapliga barnen blev ett socialt problem.

Sverige radikalt reformland

En betydelsefull skiftning mellan religion och vetenskap innebar att läkare blev en viktig yrkesgrupp. Kvinnorna som grupp fick en starkare ställning. Här går det att urskilja en öst–väst-axel eftersom Sverige och Finland genomförde stora medicinska förändringar medan Norge var sist med att genomföra dessa. Familjens hälsa sågs som viktig, liksom att man och hustru skulle stötta varandra. Det var en positiv reformprocess där fokus låg på att värna om familjen och släkten. Sverige utmärkte sig som det mest radikala landet i detta sammanhang.

Utvecklingen har synliggjort kvinnors sexualitet

Utvecklingen ledde till att kollektivet blev viktigare än individen. Ett annat resultat var den så kallade bio-politiken, som innebär att man gör politik av biologi. Stora förändringar skedde när man fick nya uppfattningar om vad

som är naturligt. Bland annat öppnades möjligheter till födelsekontroll. En annan effekt av modernitetsutvecklingen var att äktenskap alltmer började bygga på kärlek.

I dag är civila, politiska och sociala rättigheter centrala i äktenskapspolitik. I synnerhet för kvinnor har detta varit viktigt. I dagens samhälle är det möjligt att koppla loss sexualiteten från reproduktionen. Det har banat väg för och lett till mer fokus på intimitet, sexualitet och lust. Det vi i dag kallar heterosexuallitet konstruerades som en följd av tanken på sexualitet utan fortplantning. Den demokratiska utvecklingen har lett till att kvinnors sexualitet har blivit synlig i samhället. Genom sexualupplysning och reproduktiv hälsa har man lyckats influera det privata och kroppsliga fenomenet sexualitet.

Nygamla frågor, nya utmaningar

Under 2000-talet väntar nya utmaningar inom familjerättsområdet. En sådan utmaning som har påtalats av forskare i Malmö gäller skilsmässa för muslimska kvinnor i Sverige. En skillnad mellan muslimsk och svensk skilsmässa är att efter en muslimsk skilsmässa kan kvinnan inte gifta sig igen. Detta är ett synsätt som helt försvunnit i Sverige och som inte har något stöd i samhällets formella normsystem eller andra strukturer men som nu dyker upp i ny skepnad från en del av världen som inte genomgått samma reformprocess som de nordiska länderna. Även detta är en fråga som är gemensam för de nordiska länderna.

Bente Rosenbeck är professor och vice institutsledare vid Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab, Köpenhamn. Föreläsningen ingick i en serie om tre som hölls under fredagen 26 november. Bente Rosenbecks föreläsning, liksom Kari Telstes ovan, hade som syfte att belysa de skillnader i arbete och resultat vi fått ta del av under föregående da, och att diskutera om skillnaderna delvis kan förklaras av kulturella olikheter mellan de nordiska länderna.

Gör förebyggande arbete nytta? Exemplet klamydia i Sverige

Lene Lindberg,

Docent, Karolinska institutet, Stockholm, Sverige

Charlotte Deogan,

Doktorand, Karolinska institutet, Stockholm, Sverige

Sammanfattning

Föreläsningen bygger på studien "Chlamydia prevention in Sweden – key factors in successful preventive response", som ännu inte var publicerad vid tiden för konferensen. Bakgrunden till studien är att klamydia har ökat i Sverige under en tioårsperiod. Under 2009 rapporterades dock en nedgång i antal klamydiafall, men med tydliga skillnader mellan olika län. Det väckte frågan om huruvida skillnader kunde bero på olikheter i det preventiva arbetet. Ett län av särskilt intresse var Västerbotten som, trots en redan låg incidens, redovisade den kraftigaste nedgången av alla län. Studiens utgångspunkt var att undersöka om det gick att identifiera faktorer som kunde förklara detta mönster.

Slutsatsen är att prevention gör nytta och ju mer som görs och som bygger på utvärderade metoder desto större nytta. Allt tyder på att man behöver:

- en bred ansats av evidensbaserade insatser som inkluderar flera aktörer samtidigt
- tillräckliga resurser till preventionsaktiviteter, samt timing i resursfördelningen
- sekundärprevention och primärprevention i passande kombination
- tydlig ledning och tydliga uppdrag och mål.

Många faktorer påverkar klamydiautveckling

Generella faktorer som påverkar klamydiautvecklingen och all utveckling inom sexuellt överförda infektioner (STI) är demografi, socioekonomi, hälso- och sjukvårdsfaktorer, sociala nätverk, rörelsemönster samt preventivmedelsanvändning.

Helhetsperspektiv på prevention

Arbetet med klamydiaprevention i Sverige har gått ut på att minska smittspridningen genom att minska antalet individer som utsätts för smitta. Det kan göras genom säkrare sex och genom snabb provtagning och behandling.

Anpassade och riktade insatser genomförs i ett holistiskt sex- och samlevnadsperspektiv på prevention. Därför är metoden även relevant för det förebyggande arbetet mot oönskade graviditeter. Det forskas inte mycket i Sverige om breda förebyggande insatser, men utomlands pågår en hel del studier.

Kontaktsparning unik för Sverige och Norge

Den svenska klamydiahandlingsplanen är baserad på en omfattande genomgång av insatser på de arenor som enligt forskningen är viktigast för primärpreventiva insatser. Viktiga delar är sexualundervisning i skolor, testning utförd inom hälso- och sjukvårdens och, inte minst, förebyggande rådgivning och information på "fritidsarenan". En insats som är unik för Sverige och Norge är kontaktsparning, där kontakterna spåras sex eller tolv månader bakåt i tiden. Den samtalsmetodik som för närvarande används kan variera men flera studier visar att MI (motivational interviewing) har större effekt på kondom användning än rådgivning i allmänhet. Sexualundervisning i skolan har mycket god evidens.

Studiens metod och teman

I den aktuella studien och utvärderingen deltog de sju svenska län som använde sig av Becton-Dickinsons test för klamydiadiagnos och därmed inte hade påverkats av den klamydiamutant som upptäcktes 2007. Enkäter delades ut och totalt 19 intervjuer genomfördes med nyckelpersoner i länen såsom STI-samordnare och smittskyddsläkare. Även aktivitetsplaner och handlingsplaner samlades in och analyserades. Teman som följdes upp i studien gällde

- preventionsaktiviteter av alla slag
- resurser och investeringar
- organisation, struktur, samarbete
- ledarskap, kompetens och vidareutbildning
- mål och uppföljning

En kvalitativ jämförelse mellan länen gjordes för att se en uppgång eller nedgång i klamydiaincidens under 2009. Resultaten visade på likheter mellan länen när det gäller de insatser som görs men visade på stora variationer i hur pass systematiserade, omfattande och konsekventa dessa insatser och metoder var.

Län med sjunkande incidens har testat i större utsträckning

Skillnader i incidens visade att provtagningsvolymen varierade och län med kraftig minskning av klamydia hade högre andel av testade som var män samt högre antal test per identifierat klamydiafall. De har alltså testat i större omfattning i relation till de övriga länen. Den sjunkande incidensen var alltså inte en konsekvens av liten omfattning på provtagningen.

Pengar och helhetsperspektiv viktigt för goda resultat

En skillnad som kunde påvisas gällde resurser. I län med kraftig nedgång i klamydiaincidens fanns tillgång till pengar i form av både statsbidrag och landstingsbidrag. Exempelvis hade Västerbotten sökt och fått förhållandevis stora bidrag. En annan framgångsfaktor för Västerbottens län var att det från landstingets sida satsades ordentligt på folkhälsa generellt men i synnerhet på sexuell hälsa som specifikt område. Även timing verkade vara av vital betydelse; eftersom resurserna var tillgängliga kunde insatser sättas in när de behövdes. Det visade sig vara effektivt att genomföra en rad olika satsningar samtidigt och att ha ett helhetsperspektiv genom att använda olika arenor och aktörer samt genomföra insatserna under en längre period. Lättillgänglighet är en grundtanke när det handlar om all konsumtion av produkter som även gäller för detta område.

Faktorer som karaktäriserade län med en minskning i klamydiautvecklingen var

- ett innovativt angreppssätt
- evidensbaserade metoder för rådgivning
- tillgänglighet på flera olika arenor, bland annat via internetbaserad kontakt med målgruppen såsom informationssajter, kondomsidor och internettester, frågelådor och tävlingar
- centraliserad kontaktsparning via telefon – något som blivit vanligare för att underlätta för mottagargruppen
- ett välutvecklat regionalt kontaktnät med koppling till forskning.

Vissa län samarbetar med privata aktörer

Det visade sig att de län som tog mer ansvar för arbetet mot klamydiaspridningen också hade större framgång i sina insatser än övriga. Den centralt finansierade provtagningen som finns är högt belastad så län med framgång har i vissa fall kontaktat privata aktörer för att kunna ta det antal prov som önskas och anses behövas.

Samordnarrollen är central

Ett tydligt mandat för ledning är viktigt. Det bör finnas någon som har ett sammanhållande grepp och som genererar driv och konsensus i arbetet. Tjänsten som samordnare verkar vara central och bygger mycket på att samordna ett utvecklat kontaktnät. Hur samordnartjänsten ser ut varierar mellan länen. Ibland är det en heltidstjänst och ibland en deltidstjänst. Andra faktorer som varierar är vilken enhet samordnartjänsten är placerad på, liksom samordnarens yrkestillhörighet, Samordnaren kan vara exempelvis läkare, sjuksköterska eller folkhälsovetare. Samverkan med olika aktörer, såsom frivilligorganisationer och studentorganisationer, har visats vara en framgångsfaktor även om det är oklart varför det är så. Det verkar som om att organisationers bredd, angreppssätt, arenor och aktörer bidrar till att vara främjande faktorer.

Brist på samordning och resurser försvårar arbetet

En utmaning som uppmärksammas är svårigheten att nå ut till skolor eftersom de inte har incitament att lägga ner tid på att arbeta inom detta område. Bristen på länsöverskridande insatser inom olika huvudmäns område och budget för dessa bidrar till att frågan lätt hamnar mellan stolarna. Dessutom saknas i många fall resurser. Framtida forskning bör fortsatt undersöka specifika insatser och deras effekt samt hur insatser kan anpassas och implementeras efter olika målgruppers behov. I Västerbotten har man kvalitets-säkrat insatserna och gjort effektutvärderingar, men detta bör göras i högre grad för att ge fördjupad kunskap om vad insatserna ger.

Framtidsperspektiv på förebyggande arbete inom SRHR-området

Ett panelsamtal med experter och politiker

Moderator: Åsa Regnér,
Generalsekreterare RFSU

Deltagare i panelen:

Danmark: Niels Sandö, Sundhedsstyrelsen – Center for Forebyggelse

Finland: Dan Apter, Kliniken för sexuell hälsa, Finska Befolkningsförbundet

Island: Soley Bender, Islands universitet

Norge: Ulla Ollendorff, Helsedirektoratet

Sverige: Lena Marions, Karolinska universitetssjukhuset

Rikspolitiker från Sverige:

Isabella Jernbeck, Moderaterna

Carina Hägg, Socialdemokraterna

Helen Sigfridsson Öberg, Miljöpartiet

Birgitta Rydberg, Folkpartiet, landstingsråd och representant för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Syftet med panelsamtalet var att summera vad som hade tagits upp under konferensen och de olika seminarierna samt vad som uppfattades som viktigt inför det framtida arbetet ur svensk synpunkt men med ett nordiskt intresse för kunskapsutbyte.

Sverige

Lena Marions reflekterade över att konferensen hade få manliga deltagare, och uttryckte sin förhoppning om att fler män ska bli intresserade och engagerade i dessa frågor. Hon menade att skolan behöver fokusera mer på ämnet sexuell och reproduktiv hälsa och att det bör finnas krav på obligatorisk utbildning i ämnet för lärarna. Lena Marions anser här att Sverige bör ta efter den finska modellen. Det är också viktigt att sprida kunskap till föräldrar eftersom föräldrar i okunskap kan hindra sina döttrar att använda hormonnella preventivmedel. Det vore kanske fördelaktigt att bilda ett kunskapscentrum i form av en samordnad verksamhet för mottagning av patienter

och utbildning om sexuell och reproduktiv hälsa. I dag finns inget kvalitetsregister över abortverksamheten i Sverige, men detta borde införas för identifiering av målgrupper och för att resurser ska kunna anpassas till specifika målgrupper som exempelvis utlandsfödda. Subventionering av preventivmedel bör utformas på samma sätt över hela Sverige. Det är viktigt att klargöra att fokus för arbetet är att minska antalet oönskade graviditeter – inte antalet aborter. Annars skulle exempelvis olika typer av bidrag till gravida kvinnor kunna misstolkas som en lösning på problemet med aborter.

Norge

Ulla Ollendorff konstaterade att målgrupperna är en gemensam nämnare för alla nordiska länder. Vi måste dock arbeta utifrån en förståelse för att det finns olikheter och olika möjligheter inom olika grupper i samhället. Unga måste stärkas till att känna makt och till att ta kontroll över sin kropp och sin sexualitet. Vi måste lyssna mer på unga eftersom de är experter på sig själva. Norska studier visar att unga sexuellt erfarna tjejer som har mycket och experimenterande sex också har lägre antal aborter, vilket är ny och intressant kunskap. Att utgå från ett könsperspektiv är väsentligt i dessa frågor. Unga män definierar sällan sexualitet som ett hälsoproblem, medan kvinnor i stället kanske förstorar upp problemen. Det finns mycket att lära från unga män och det är viktigt att kunna anpassa insatserna efter deras föreställningar och förutsättningar. I Norge finns ett anonymiserat abortregister vilket bidrar till ökad kunskap om abortsökande kvinnor samt om hur verksamheten kan förbättras. Varje land måste kontinuerligt se över sina strukturella förutsättningar. Det måste finnas nationellt uppsatta mål med fäste i politiken för att det preventiva arbetet ska bli effektivt. Målet med det preventiva arbetet är enligt Ulla Ollendorff att minska antalet oönskade graviditeter, inte att skapa lägre aborttal genom exempelvis bidrag eller bortadoption.

Island

Soley Bender betonade att värderingar och arbete kring sexuell och reproduktiv hälsa har förändrats genom åren. Det finns många skäl till att Island har så högt antal aborter och sexuellt överförda infektioner. Ett skäl kan vara att många islänningar sexdebuterar i tidig ålder. Internet måste i större utsträckning användas som kommunikationskanal för att nå ut till yngre. Landet behöver fokusera på interventioner samt på utvärderingar av de program och insatser som gjorts, för att mäta effektiviteten. Elise Ottesen-Jensen var nytänkande då hon flyttade fokus från födelsekontroll till sexualitet och det är viktigt även i dagens arbete att inte glömma bort frågor om kärlek och njutning.

Soley Bender konkretiserade sina budskap till politikerna med akronymen "SAFER". "S" står för "sexual health" (sexuell hälsa) och att vi måste vrida fokus från risker till hälsa. Den sexuella hälsan måste inkluderas i alla politiska områden. "A" står för att det krävs en "action plan" (handlingsplan) som innefattar olika målinriktade interventioner, exempelvis utbildningar. "F" står för betydelsen av "financial support" (ekonomiska resurser). "E"

står för "evidence based standardised guidelines" (evidensbaserade, standardiserade riktlinjer). "R" står för "research" (forskning) och dess betydelse för kunskapsutvecklingen inom området.

Finland

Finland har låga tal av sexuellt överförda infektioner, ett lågt aborttal samt hög kondom användning. Dan Apter menade att det finns tre grundstenar att utgå ifrån:

En första grundsten är ungdomars sexuella rättigheter. För att respektera dessa i det preventiva arbetet måste myndigheter och aktörer bistå med information samt säkra konfidentialiteten.

En andra grundsten är att säkra tjänster av hög kvalitet inom hälsovård för att kunna säkra den sexuella hälsan.

En tredje grundsten är att arbeta med sexualundervisning och då är ett viktigt syfte att bidra till höjd självkänsla bland unga. Den finska modellen av sexualundervisning som ett separat ämne med specialiserade lärare har varit en framgångsfaktor i Finland. En slutsats är att sexualundervisningen måste skötas av en specifik och sakkunnig lärare som driver, utvecklar och uppdaterar ämnet, annars blir det bortprioriterat.

Politiska beslut har långvariga verkningar oavsett om de är positiva eller negativa, vilket tidigare har speglats i Finlands abortstatistik. Efter liberaliseringen av abortlagen på 1970-talet steg antalet aborter markant. Folkhälsoagen och centrala myndigheter motarbetade dock detta genom ökade resurser, ett- och femårsplaner samt uppföljningar. I mitten av 1990-talet skedde besparingar i samband med den ekonomiska lågkonjunkturen. Det resulterade i att aborttalen bland unga ökade med ca 50 procent mellan 1995 och 2002. När skolundervisningen senare utvecklades och blev ett eget ämne såg man genast positiva effekter i abortstatistiken.

Danmark

Niels Sandø menade att man även i fortsättningen behöver fokusera på information till ungdomar, individuell preventivmedelsrådgivning, kondom användning och kontaktsparning. Sexualundervisningen är en central del i det förebyggande arbetet och det är viktigt att arbeta utifrån uppsatta mål. Forskning inom området sker i dag sporadiskt. Samordnad forskning mellan olika fakulteter skulle vara fördelaktigt då arbetet skulle bli effektivare och mer gynnsamt. I det preventiva arbetet är det också viktigt att nå ut till alla, inberäknat barn och unga med fysiska och psykiska handikapp. Niels Sandø menade att en abort kan vara en riktigt dålig start i ett sexuellt liv och att det förebyggande arbetet därför är jätteviktigt.

Carina Hägg, Socialdemokraterna

Området har inte den politiska prioritet som det bör ha, varken i Sverige eller i andra länder. Detta ansåg Carina Hägg är beklagligt eftersom många kvinnor dör trots kunskaper, åtaganden och millenniemål kring dessa frågor.

Hälsa, utbildning och abort hör också till de mänskliga rättigheterna vilket måste vara en utgångspunkt i det preventiva arbetet.

Carina Hägg fortsatte med att konstatera att vi behöver en samlad syn på frågorna i Norden och ett gemensamt arbete i Nordiska rådet för att kunna påverka övriga länder både i Europa och internationellt, samt i FN. Det behövs tydligare politiska röster som kan lyfta ämnet och det är av stor betydelse att politiker grundar sina uttalanden på de vetenskapliga fakta som faktiskt finns. Frågor om sexuell och reproduktiv hälsa handlar om familjepolitik och det är viktigt att kunna se frågorna i en större kontext än den traditionella kärnfamiljen. Sexualundervisning bör inkluderas i skolundervisningen och i lärarutbildningen. Det finns en politisk vilja att initiera lokala handlingsplaner i varje landsting, men om detta sker utan nationella riktlinjer finns en risk för att frågorna försvagas. På moderatorns fråga om vad Carina Hägg som politiker kan göra på SRHR-området svarade hon att hon är beredd att ompröva frågan om ett abortregister för att skapa en kvalitetsgaranti. Hon ansåg också att riksdagen bör ta tillbaka initiativet och ansvaret för sexualundervisningen i skolan.

Helen Sigfridsson Öberg, Miljöpartiet

Helena Sigfridsson Öberg belyste hur viktigt det är att definiera fokus i frågan om förebyggande arbete av oönskade graviditeter respektive aborter. Detta är viktigt eftersom det krävs olika infallsvinklar. Rätten och möjligheten till abort är något vi bör värna om. Politiker och yrkesgrupper som på olika sätt arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa vet vad som måste göras i det preventiva arbetet. Att så lite ändå görs tycks bero på avsaknad av vilja och engagemang uppifrån. I arbetet måste vi sträva efter ett öppet familjebegrepp. Det behövs ett normkritiskt förhållningssätt som gagnar alla olika familjekonstellationer och sexuella läggningar. Trygghetssystem är en utgångspunkt i arbetet för att alla barn ska vara välkomna. Detta är dock inte alltid verklighet ens i Sverige. Äldre kvinnor bör nämnas då de är en målgrupp som delvis glöms bort. Det är också viktigt att ta hänsyn till utsatta grupper i samhället som inte har samma lagstadgade förutsättningar för preventivmedel och abort, exempelvis papperslösa flyktingar.

Birgitta Rydberg, Folkpartiet, SKL

Birgitta Rydberg ansåg att gömda flyktingar är en utsatt grupp som glöms bort i frågan om aborter och preventivmedel. Ungdomsmottagningar behöver ett bredare uppdrag då de möter en mängd olika frågor och problem. Kompetensen på ungdomsmottagningarna skulle behöva breddas med fler psykologer och kuratorer. Sveriges kommuner och landsting har varit positiva till nationella riktlinjer för ungdomsmottagningar samt till identifiering och implementering av beprövade metoder. Men grunden i det preventiva arbetet är att arbeta med ungdomars attityder och då är skolan en av de viktigaste arenorna. Skolhälsovårdens kompetens borde utnyttjas bättre för detta. Skolundervisningen bör även ta upp alkoholens samband med sexuell hälsa.

Kvalitetsregister med tydliga och bra indikatorer kan utgöra ett stöd i förbättringsarbetet för att se hur och om önskade resultat uppnås. Birgitta Rydberg har själv varit initiativtagare till subventionering av p-piller. Subventioneringen bör ses över med en bredare ansats kring preventivmedel. Staten måste vara beredd att medfinansiera i vissa landsting om man inför nationella regler. Generellt behövs mer statligt stöd till arbetet för att förebygga sexuellt överförda infektioner (STI) och hiv. På svar på moderatorns fråga om vad Birgitta Rydberg själv kan göra för att bidra till arbetet svarade hon att hon kan fortsätta ställa krav på Socialdepartementet om ökad finansiering till förebyggande arbete mot STI. Forskares arbete bör underlättas så att fokus flyttas från det administrativa kring projektfinansieringar till implementering av användbara resultat. Birgitta Rydberg uttryckte en förhoppning om att kunna inspirera utbildningsminister Jan Björklund att lyfta dessa frågor inom skolpolitiken eftersom han har ett ansvar i detta.

Isabella Jernbeck, Moderaterna

Skolan är den enskilt viktigaste arenan för förebyggande arbete mot STI och aborter eftersom det är där alla ungdomar finns. Dagens problem handlar inte bara om brist på finansiering till skolor utan också om hur man organiserar och effektiviserar arbetet. Ungdomsmottagningar och fältassistenter måste vistas ute i skolorna för att kunna påverka i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa. De bör också lyfta frågor kring alkoholkonsumtion eftersom det har en tydlig inverkan på ungdomars sexuella handlingar. Stress och höga krav, främst bland unga tjejer, resulterar ofta i hög alkoholkonsumtion och tillfälliga sexuella relationer. Det leder till STI och aborter, menade Isabella Jernbeck. Arbetet måste ske på kommunal nivå och högre krav måste ställas på de kommunala politikerna. Isabella Jernbeck noterar också att föräldraansvaret måste lyftas fram och att föräldrar i större utsträckning bör kommunicera med sina barn om dessa frågor. Rapporter om faror med p-piller får för stort utrymme i medierna. I stället bör man föra fram verkliga och neutrala fakta. I den nya skollagen har skolinspektionen fått större möjligheter att kontrollera att skolorna uppfyller kraven på sexualundervisning. Den politik som har förts av partiet kan kritiseras för att vara för stuprörsformad. En bredare ansats behövs, menade Isabella Jernbeck.

Frågor

Har barnmorskor i de andra nordiska länderna förskrivningsrätt av p-piller precis som svenska barnmorskor har?

Dan Apter svarade att det varierar i Finland men att barnmorskor i regel inte har det. Det finns både officiella och inofficiella regler: exempelvis kan skolsköterskor skriva ut p-piller till en början men sedan krävs en läkare för uppgiften.

Hur ska samarbetet mellan de nordiska länderna se ut i fortsättningen?

Lena Marions svarade att det finns en nystartad nordisk arbetsgrupp som bland annat syftar till att utbyta erfarenheter om SRHR-frågor mellan länderna. Även myndigheter och frivilligorganisationer planerar att utöka sitt samarbete.

Hur ska fler män involveras i arbetet kring sexuell och reproduktiv hälsa?

Helen Sigfridsson Öberg svarade att ju mer involverade män blir i föräldraskapet desto mer blir de också involverade i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa. Carina Hägg menade att det är viktigt att lyfta fram de män som är aktiva i de här frågorna i den politiska debatten eftersom det kan skapa legitimitet för andra män att engagera sig i frågorna. Lena Marions refererade till gynekologin och att sexuell och reproduktiv hälsa inte tillhör de områden som har hög status. Troligen bidrar det till snedfördelningen av män och kvinnor inom arbetsområdet. SRHR-området måste få högre status. Det kan man åstadkomma genom med många forsknings- och utvecklingsprojekt.

Finns det någon politisk diskussion om vad man ska göra med ungdomsmottagningarna?

Alla älskar ungdomsmottagningen men ingen vill betala för den. Vård på lika villkor är i dag ingen verklighet om man tittar på ungdomsmottagningarna då resurser, personalkompetens och subventioner ser mycket olika ut. Birgitta Rydberg konstaterade att nationella riktlinjer ofta får en stark styrande effekt vilket är positivt. SKL är en intresseförening och kan inte fatta beslut om nationella regler.

När kommer det ett uppdrag till Skolverket?

Man pratar om ”bör” i stället för ”ska” i lagtexten. Inga rejäla satsningar har gjorts på området sedan 1980-talet då hiv och aids uppmärksammades. Ingen av paneldeltagarna kunde svara på frågan.

Diskussion

Moderator Åsa Regnér konstaterade att sexuell och reproduktiv hälsa globalt är definierad som en mänsklig rättighet, sedan femton år tillbaka. Blir det skillnad om man ser en person som enbart en patient eller som en

rättighetsbärare? Carina Hägg svarade att om sexuell och reproduktiv hälsa hade setts som en mänsklig rättighet så hade handlingsplaner funnits och området hade krävt politisk kraft, ekonomiska resurser, lagstiftning och liknande. Frågorna hade kunnat drivas starkare. Det blir svårare med ett rättighetsperspektiv även om många fördelar finns. I dag verkar det tyvärr som att den svenska rösten för dessa frågor försvagats både nationellt och internationellt. Dan Apter betonade dock att Sverige internationellt sett har en stark roll i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa samt inom rättigheter på området.

Religiösa skolor och även vårdcentraler har vuxit fram. Där är intresset för dessa frågor mindre och ungdomarna som vänder sig dit går miste om viktig kunskap, menade Carina Hägg. Det finns risker med att privatisera mottagningar och vårdcentraler om inte tydliga regelverk och riktlinjer finns som utgångspunkt i verksamheterna. Birgitta Rydberg uttryckte att varken hon eller Stockholms läns landsting vill ha vårdcentraler med en religiös agenda. Självklart kan olika företag och vårdgivare med olika bakgrund driva vårdcentraler men kvaliteten och innehållet fastställs av landstingets regelverk. Det finns dokument om vilka värderingar som accepteras av landstinget i fråga om vårdgivare och verksamheter. Helen Sigfridsson Öberg ansåg att det vore en fördel om vi kunde se dessa frågor som en mänsklig rättighet.

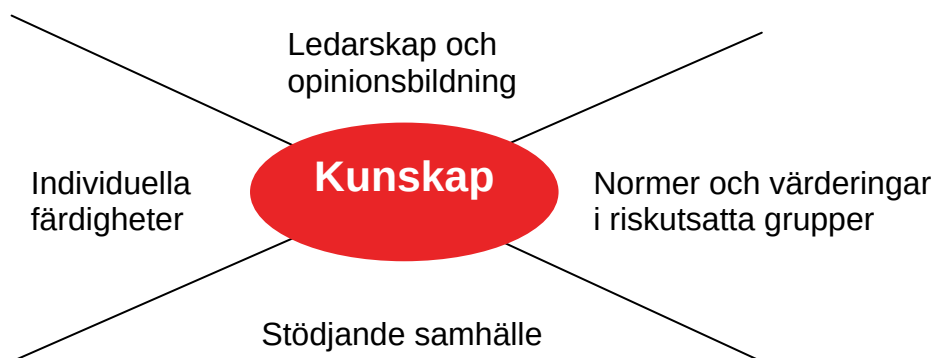
Moderator Åsa Regnér frågade om inte de höga aborttalen i Sverige är ett tecken på att vår verksamhet fungerar, med bra ungdomsmottagningar och en abortvård där kvinnor känner sig välkomna. Ett resultat av laglig abort kan vara att alla barn som föds är välkomna, menade Isabella Jernbeck. Åsa Regnér lyfte även frågan om religion och politik. Hon menade att nordiska politiker och frivilligorganisationer är ovana vid eller okunniga inför möten med religiösa argument kring frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa.

Sammanfattning av konferensen

Av Viveca Urwitz

När jag talade i inledningen av den här konferensen vågade jag påstå att den skulle ge nya och framför allt tydligare kunskaper och idéer om hinder och möjligheter i det förebyggande arbetet för sexuell hälsa och sexuella rättigheter. Jag visade den här figuren för att beskriva alla de olika insatser som behöver samordnas i ett förebyggande arbete och som sammanfattades redan 1972 av WHO i den så kallade Ottawadeklarationen.

Preventionens innehåll:



Utan att göra anspråk på att kunna sammanfatta hela konferensen vill jag ge några snabba intryck av vad fördjupad kunskap har visat om jämförelser och skillnader i strukturen och genomförandet av arbetet på dessa områden. Jag har därför fört in några av de exempel vi hört om i bilden. Då ser den ut så här:

Preventionens delar



- Tillgång till preventivmedel, exemplet Norge
- Choice exemplet
- Ungdomars delaktighet
- Somaliska hälsoteamet och Sex och sundhet

Dagens rådgivning är för smal och för försiktig

Cirkeln i mitten belyser behovet av kunskap. De jämförelser som bland andra Bente Træen redogjorde för visade att svenska ungdomar har en betydligt mer ambivalent inställning till p-piller än andra. Dessutom har flera presentationer visat att den rådgivning och den undervisning som i dag erbjuds svenska ungdomar är för smal. Den tar inte tillvara de nya kunskaper och metoder som finns och den är dessutom kanske för försiktig, vilket exempelvis CHOICE-studien visar. UNGASS-studien om hiv och STI visar också att kunskapen inte är tillräcklig. Detta leder sannolikt till ambivalens.

Nationella program ger resultat

Ganska enkelt kan jag konstatera att det finns skillnader mellan länder där man har ett nationellt program med uppföljning och där man inte har det – till programländernas fördel. Ett nationellt program stödjer dessutom lokala programmatiska ansatser. Slutsatsen är enkel: Det är bättre att ha ett program än att inte ha ett! Ett nationellt program skapar ledarskap och ledning på alla nivåer.

Helhetsperspektiv behövs i handlingsplanerna

I Sverige har vi en handlingsplan för klamydiaprevention, som enligt Charlotte Deogans och Lene Lindbergs presentation ger positiva effekter där den genomförs. Troligtvis ger den positiva effekter även på området oönskade graviditeter. Handlingsplanen behöver dock utökas för att omfatta fler åtgärder. Helst bör den omfatta hela den sexuella hälsan. Åtminstone bör den utvidgas så att den är effektiv och målinriktad även när det gäller de oönskade graviditeterna.

Eftersom det förebyggande arbetet hänger ihop är det avgörande att program eller handlingsplaner har ett hälsofrämjande perspektiv kring sexuell hälsa som samlat område och inte utgår från enskilda problemområden.

Skolans undervisning behöver förändras

All forskning pekar på skolans avgörande roll för de ungas kunskaper och möjlighet att hitta fram till normer och värderingar som stödjer ett hälsofrämjande beteende. Det finns ju inte mindre än 500 sådana studier, vilket Margareta Forsberg visat i sin kunskapssammanställning i ämnet. Här behöver vi inte tveka. Det ”naturliga experimentet” i Finland visar att det går att uppnå bra resultat ganska snabbt med hjälp av en målinriktad satsning i skolan. Det är verkligen inspirerande. Den svenska politiken har gått ut på att integrera sexualundervisningen i flera ämnen. Men kanske gör skolans problem och samhällets utveckling att vi behöver tänka om och ha en mer sammanhållen undervisning inom detta område. Utbildningsministern, skolverket och inte minst Sveriges Kommuner och Landsting får här en tydlig vägledning om behovet av att fundera på kursändring. Den som är intresserad av resultat kan tydligt se att arbetet i skolan behöver förbättras – och att det finns goda möjligheter att åstadkomma sådan förbättring.

Genusforskningen behöver omsättas i praktiken

Flera seminarier under konferensen pekar på den stora betydelsen av att arbeta med genusfrågorna. Jag tror att frågorna behandlas olika på olika håll, både i den svenska sexualundervisningen och i andra sammanhang. Under de här två dagarna har jag fått ta del av en hel del spännande forskning på området. Utmaningen är förstås att omsätta forskningen i praktiska redskap för det förebyggande arbetet.

Svenska läkare ser inte preventivmedel som sitt ansvar

Hälso- och sjukvården kan ge individen möjlighet dels att få adekvata preventivmedel och skydd, dels att genom individuell rådgivning öka sin förmåga att uttrycka egna behov. Även på detta område har konferensen visat att finns betydande skillnader mellan Sverige och övriga länder. I de övriga nordiska länderna är det gynekologer och allmänläkare som förskriver preventivmedel, i Sverige är det barnmorskorna. Konferensen visar att den svenska läkarkåren i allt för liten utsträckning uppfattar preventivmedel som sitt ansvarsområde.

En ny verklighet kräver nya grepp på ungdomsmottagningarna

Svenska barnmorskor förväntas ta nästan hela det medicinska ansvaret, men de får inte den kontinuerliga fortbildning som de behöver för att kunna ta detta ansvar. Ofta saknas en tydlig ledningsstruktur som kan driva arbetet och övervaka dess kvalitet. I dag finns en rad faktorer som höjer kraven på bred medicinsk kunskap och kvalificerad rådgivning: den ökade komplexiteten i informationen, olika individers hälsosituationer, det större utbudet av preventivmedel, den mer omfattande och varierande sexuella aktiviteten. Verkligheten är betydligt mer komplicerad i dag än när de första ungdomsmottagningarna startade.

Olika förutsättningar inom Norden

I de flesta länder har läkare ett system för kontinuerlig fortbildning. Det såg vi exempel på från till exempel. Danmark. Vi ser inget motsvarande för barnmorskorna i Sverige. Vi får heller inte glömma att själva strukturen ger olika förutsättningar. En allmänläkare i Danmark har 1 500 listade patienter – en allmänläkare i Sverige har 3 000. Det skapar knappast utrymme för den tillgänglighet som unga människor behöver. I Finland finns inte ungdomsmottagningar utan ansvaret delas mellan allmänläkare, gynekologer och skolhälsovården. Kanske når man pojkar och unga män bättre på detta sätt? Kanske kan vi här spåra en anledning till att kondomer används mer i Finland än i övriga nordiska länder? Det finns många frågor att ställa efter denna konferens och utan tvekan behövs ett tydligare arbete i Sverige.

Delaktighet, riktade insatser och preventivmedel

Avslutningsvis vill jag lyfta tre kärnfrågor som konferensdeltagarna har betonat:

Ungdomars delaktighet

I varje moment av arbetet behövs ungas delaktighet: när man planerar insatser, när man genomför dem och när man utvärderar dem. Konferensen visar att detta antagligen sker i för liten utsträckning. Det har framställts som ett önskemål men det finns ganska få exempel. Delaktigheten behöver planeras in på ett helt annat sätt än nu

Riktade insatser till ungdomar med annan kulturell bakgrund.

Även om alla människor är sexuella tar sig sexualiteten olika uttryck i olika samhällen. För att vi ska kunna möta invandrarungdomars behov måste vi rikta våra insatser dels till dem, dels till deras föräldrar. Seminariet med Sex og Sundhet och Somaliska hälsoteamet visade verkligen hur vi kan åstadkomma det. Dessa ungdomar finns i hela Sverige och kompetens för att möta dem behövs överallt: i skolan, hos ideella organisationer och i hälso- och sjukvården.

Tillgång till preventivmedel

Exempel från Choice-studien och från Norge visar på behovet av tillgång till olika preventivmedel. Därför behöver vi fundera på subventioner och på hur vi utformar dem.

Hopp inför framtiden

Jag vill till tacka alla som deltagit i konferensen för att ni har givit oss så många intressanta idéer och möjliga handlingsvägar. Det ger mig hopp. Jag är övertygad om att den kunskap som konferensen har gett kommer bidra till förändring av det förebyggande arbetet inom området sexuell hälsa.

Referenser

Maria Ekstrands föreläsning

1. Ekstrand M. Sexual Risk Taking – perceptions of contraceptive use, abortion, and sexually transmitted infections among adolescents in Sweden. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala 2008.

Ekstrand M¹, Tydén T^{1,2}, Darj E², Larsson M².
[An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden.](#) Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2009. Sep; 41(3):173–80.

Ekstrand M¹, Larsson M², Darj E², Tydén T^{1,2}.
[Advance provision of emergency contraceptive pills reduces treatment delay: a randomised controlled trial among Swedish teenage girls.](#) Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2008. 87(3):354–9

Ekstrand M¹, Tydén T^{1,2}, Darj E², Larsson M².
[Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception.](#) The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2007 12(2):111–8

Ekstrand M¹, Larsson M², Louise von Essen¹, Tydén T^{1,2}.
[Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits--a focus group study among 17-year-old female high-school students.](#) Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2005. Okt;84(10):980–6.

Ekstrand M¹, Tydén T^{1,2}, Larsson M².
Sexual risk taking for self and partner as perceived by young men in Sweden. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care (Accepted for publication July 2010).

Ann Lalos seminarium

Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2009. 5:324–33.

Kero A, Lalos A, Wulff M. Why shouldn't one report on women's positive feelings with regard to abortion? Eur J Contracept Reprod Health Care 2010. 15:120–1.

Kero A, Lalos A, Wulff M. Home abortion – experiences of male involvement. Eur J Contracept Reprod Health Care 2010. 15:264–70.

Charlotte Wilken-Jensens seminarium

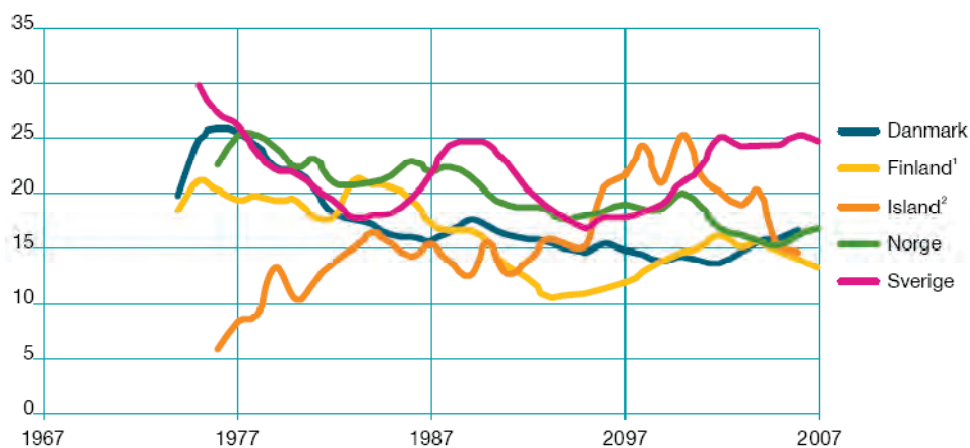
B. Knudsen, L. Undersökning om oönskade graviditeter och val av abort bland kvinnor under 25 år Sundhedsstyrelsen, Aalborg Universitet, 2010. ISBN: 978-87-7104-135-4

Hannaford PC, Iversen L, Macfalane TV, Elliott AM, Angus V, Lee AJL: Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. BMJ 2010, 340:927

Bilaga 1

Bilaga 1. Statistik och bilder till panelsamtalet Strukturella förutsättningar i de nordiska länderna.

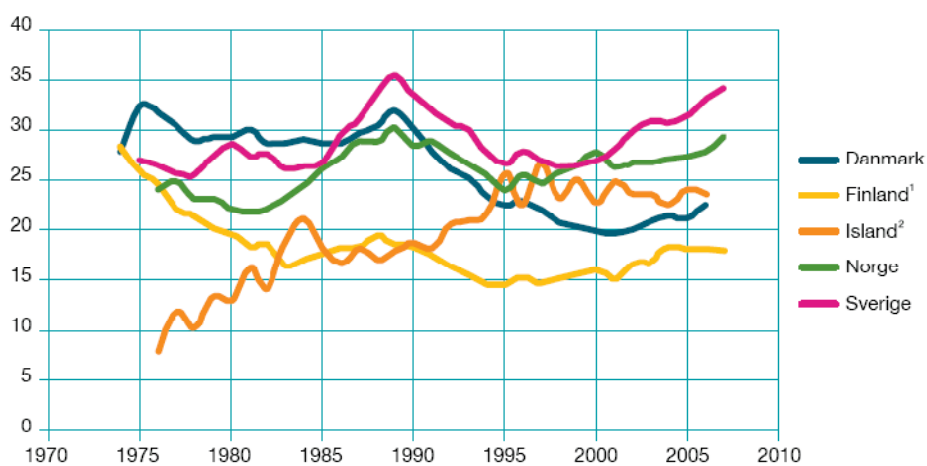
Abort i Norden pr. 1000 kvinnor 15-19 år, 1974-2007



1, 2) Abortrater for Finland og Island bare tom 2006

Kilde: Gissler M, STAKES 2008

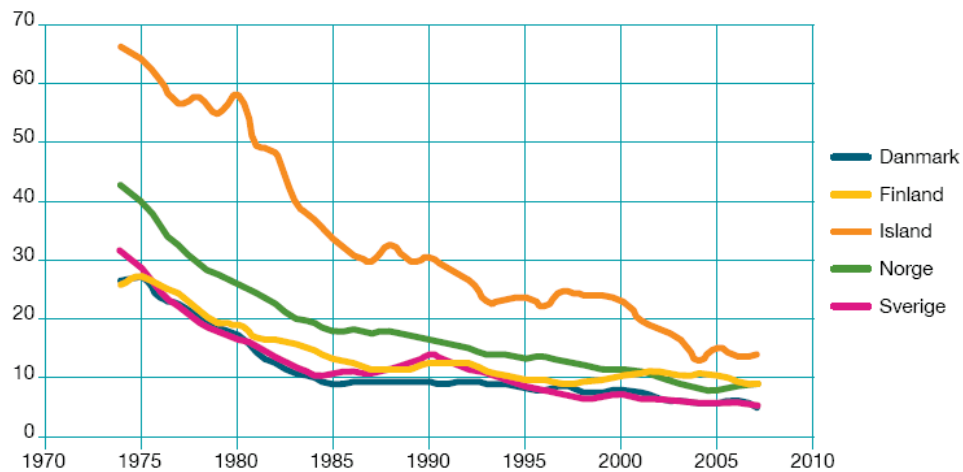
Abort i Norden pr. 1000 kvinner 20-24 år, 1974-2007



1, 2) Abortrater for Finland og Island bare tom 2006

Kilde: Gissler M, STAKES 2008

Fødsler i Norden pr. 1000 kvinder 15-19 år, 1974-2007



Kilde: Gissler M, STAKES 2008

Policyprogram

	Policyprogram	Första programmet	Senast utvärderat
Norge	Ja 2010–2015	1991	2006
Danmark	Nej, inte sedan 2009?	2000	2006
Finland	H-plan SRHR 2007–2011	2007	–
Island	Nej	–	–
Sverige	Nej	–	–